

# Target MDGs Menurunkan Angka Kematian Ibu Tahun 2015 *Sulit Dicapai*



Aris Arif Mundayat - Edriana Noerdin  
Erni Agustini - Sita Aripurnami - Sri Wahyuni

Target MDGs  
Menurunkan Angka Kematian Ibu Tahun 2015  
*Sulit Dicapai*



Target MDGs  
Menurunkan Angka Kematian Ibu Tahun 2015  
*Sulit Dicapai*

Women Research Institute  
2010

**Target MDGs Menurunkan Angka Kematian Ibu Tahun 2015 *Sulit Dicapai***

ISBN: 978-979-9305-8-3

© Women Research Institute, 2010

**Penulis**

Dr. Aris Arif Mundayat  
Edriana Noerdin, MA  
Erni Agustini, M.Si  
Sita Aripurnami, M.Sc  
Sri Wahyuni, SE

**Penyunting**

Dr. Aris Arif Mundayat  
Sita Aripurnami, M.Sc

**Peneliti**

Erni Agustini, M.Si  
Margaret A. Maimunah, M.Si  
Sri Wahyuni, SE  
Besral, SKM, M.Sc (Analisis Data Kuantitatif)

**Disain Sampul & Tata Letak**

Sekar Pireno KS

**Foto Sampul**

Sri Wahyuni, dokumentasi WRI

Cetakan I, 2010

**Penerbit**

Women Research Institute  
Jl. Kalibata Utara II No. 25A, Jakarta 12740 - INDONESIA  
Tel. (62-21) 799.5670 & 798.7345 Fax. (62-21) 798.7345  
Email: [office@wri.or.id](mailto:office@wri.or.id) Website: [www.wri.or.id](http://www.wri.or.id)

# Daftar Isi

Kata Sambutan	VII
Pengantar Penerbit	IX
I. Pendahuluan: Mengapa Target MGDs Menurunkan AKI Tahun 2015 <i>Sulit Dicapai</i>	1
II. Mengapa Banyak Ibu Miskin Mati Karena Melahirkan?	33
III. Sulitnya Perempuan Menjangkau Fasilitas Kesehatan	89
IV. Jumlah dan Kualitas Tenaga Kesehatan Reproduksi Tidak Memadai	157
V. Kemiskinan Berwajah Perempuan Berdampak pada Buruknya Kesehatan Reproduksi Perempuan	223
VI. Epilog Bisakah Alokasi Anggaran dan Undang-Undang Kesehatan Menyelamatkan Nyawa Ibu Miskin?	295
Lampiran	335
Daftar Pustaka	339
Glossarium	343
Tentang Penulis	351





**MENTERI NEGARA PEMBERDAYAAN PEREMPUAN & PERLINDUNGAN ANAK  
REPUBLIK INDONESIA**

Jalan Medan Merdeka Barat No. 15 Telp. (021) 3805539 Fax. (021) 3810052

Jalan Abdul Muis No. 7 Telp. (021) 34835456 Fax. (02-21) 3523284

Jakarta 10110

## Kata Sambutan

Pada awal sambutan ini, perkenankan saya mengucapkan selamat kepada para peneliti di Women Research Institute (WRI) yang telah melakukan penelitian selama tahun 2007-2008 dan menuliskan dalam buku yang berjudul “Target MDGs Menurunkan AKI Tahun 2015 Sulit Dicapai”. Suatu buku yang ditulis berdasarkan hasil penelitian mengenai “Akses dan Pemanfaatan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Reproduksi bagi Perempuan Miskin di Tujuh Kabupaten/Kota di Indonesia”.

Kehadiran buku yang memuat data-data hasil penelitian ini patut disambut gembira karena dapat meningkatkan pemahaman kita semua tentang permasalahan kesehatan reproduksi perempuan berkaitan dengan rendahnya aksesibilitas terhadap fasilitas layanan kesehatan reproduksi. Buku ini dapat digunakan sebagai bahan advokasi kebijakan tentang pentingnya kesehatan reproduksi, khususnya kepada Pemerintah di 7 Kabupaten/Kota tempat di mana penelitian tersebut dilaksanakan. Ke-7 Kabupaten/Kota tersebut, adalah Kabupaten Indramayu, Kabupaten Sumba Barat, Kota Surakarta, Kabupaten Lombok Tengah, Kabupaten Jember, Kabupaten Lebak dan Kabupaten Lampung Utara.

Saat ini kaum perempuan di Indonesia masih banyak mengalami permasalahan kesehatan reproduksi yang berasal dari kondisi ketidak-adilan gender akibat dominasi nilai-nilai patriarki. Kondisi inilah yang menimbulkan kekhawatiran bahwa target MDGs untuk menurunkan AKI tahun 2015 sulit dapat tercapai.

Dalam buku ini WRI menguraikan beberapa permasalahan yang sangat menarik dan memberi informasi yang bermanfaat, seperti: Mengapa perempuan sulit menjangkau fasilitas kesehatan; Jumlah dan kualitas tenaga kesehatan yang tidak memadai; Mengapa banyak ibu miskin mati karena melahirkan; Kemiskinan Berwajah Perempuan Berdampak



pada Buruknya Kesehatan Reproduksi Perempuan; serta ditutup dengan Epilog: Bisakah Alokasi Anggaran dan Undang-Undang Kesehatan Menyelamatkan Nyawa Ibu Miskin?

Sebagai penutup, Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak RI menyampaikan penghargaan yang tinggi kepada Women Research Institute (WRI) yang selama ini secara konsisten ikut berperan aktif melakukan kajian dan advokasi dalam isu kesehatan, politik dan gender budget. Saya berharap agar buku yang menguraikan tentang Akses dan Pemanfaatan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Reproduksi bagi Perempuan Miskin ini dapat menjadi sumber rujukan penting bagi semua pihak untuk mewujudkan keadilan gender dalam kehidupan berkeluarga, bermasyarakat, berbangsa dan bernegara.

Menteri Negara  
Pemberdayaan Perempuan & Perlindungan Anak  
Republik Indonesia



*[Signature]*  
**Linda Amalia Sari Gumelar, S.IP**

## Pengantar Penerbit

Buku ini diterbitkan berdasarkan sebuah proses penelitian mengenai “Akses dan Pemanfaatan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Reproduksi bagi Perempuan Miskin di Tujuh Wilayah Kabupaten/Kota”. Penelitian yang dilakukan oleh Women Research Institute (WRI) sepanjang tahun 2008 hingga 2009 ini mencoba memotret berbagai persoalan fasilitas pelayanan kesehatan reproduksi yang dialami oleh perempuan miskin di Kabupaten Jembrana, Lampung Utara, Indramayu, Sumba Barat, Lombok Tengah, Lebak dan Kota Surakarta. Apa saja akibat dari persoalan fasilitas pelayanan yang dihadapi tersebut pada kondisi kesehatan reproduksi perempuan miskin di tujuh wilayah penelitian tersebut.

Pada Kenyataannya gambaran yang diperoleh masih jauh dari menggembirakan. Kondisi dan posisi perempuan pada konteks tatanan sosial, budaya dan politik di tingkat lokal menunjukkan bahwa mereka belum memiliki akses yang baik pada informasi dan pengetahuan seputar pelayanan kesehatan reproduksinya. Kalaupun ada informasi dan pengetahuan yang bisa diakses, maka hal itu merupakan tradisi yang diberikan secara turun temurun dan justru masih kurang memberikan jalan keluar bagi kondisi kesehatan yang dialaminya. Akibatnya, cukup banyak masalah persalinan yang berakhir dengan kematian ibu ketika melahirkan. Hasil penelitian WRI menunjukkan bahwa Angka Kematian Ibu (AKI) ketika melahirkan di Kabupaten Sumba Barat adalah cukup tinggi, yaitu 245/100,000. Angka yang lebih tinggi dibandingkan dengan angka resmi AKI 228/100,000.

Melalui penelitian yang kemudian diterbitkan ini, WRI ingin mengajak untuk memahami bagaimana nilai sosial budaya telah membentuk cara pikir masyarakat dalam memaknai perempuan. Pemaknaan ini dalam praktiknya ikut memberi pengaruh terhadap pemaknaan arti kesehatan bagi perempuan. Kondisi ini memiliki kecenderungan yang merugikan kaum perempuan, terutama mengenai nilai kesehatan reproduksi mereka. Nilai tersebut merupakan bentukan sosial yang telah berjalan lama dari generasi ke generasi dan dalam konteks kemiskinan. Selain itu juga buku ini membahas ketersediaan fasilitas kesehatan yang tersedia di tujuh wilayah penelitian yang secara umum menunjukkan perbedaan kuantitas dan kualitas pelayanan serta masalah akses yang dihadapi oleh perempuan dalam konteks kemiskinan. Kemiskinan ini meliputi sejumlah aspek yang melingkupinya yaitu geografis yang kemudian menyangkut masalah transportasi, jarak dan waktu tempuh.

Hal inilah yang kemudian mempengaruhi ketersediaan ekonomi masyarakat untuk mengakses pada fasilitas kesehatan yang ada. Permasalahan tersebut masih merupakan kendala utama bagi masyarakat miskin untuk lebih memperhatikan kondisi kesehatannya, terutama kesehatan reproduksi perempuan.

Selain melihat permasalahan ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan, penelitian ini juga mencoba melihat berapa besar anggaran yang telah dialokasikan serta peraturan di tingkat lokal maupun nasional dalam mengatur kesehatan reproduksi perempuan, terutama mereka yang berasal dari kelompok miskin. Gambarnya sekali lagi jauh dari mengembirakan. Misalnya saja tentang anggaran untuk kesehatan reproduksi. Rata-rata anggaran kesehatan reproduksi perempuan masih berada pada kisaran antara 0.1-1% dari APBD. Anggaran tertinggi dialokasikan oleh Kota Surakarta yang mencapai 1% dari APBD.

Secara cukup terperinci, penelitian mencoba menggambarkan permasalahan-permasalahan mengenai akses dan pemanfaatan fasilitas kesehatan reproduksi bagi perempuan miskin di tujuh wilayah penelitian tersebut. Gambaran yang masih jauh dari situasi yang diharapkan ini diajukan untuk dapat menjadi bahan pemikiran kita bersama untuk mencari jalan keluar agar dapat menghadirkan kondisi fasilitas pelayanan kesehatan reproduksi yang lebih menjawab kebutuhan perempuan miskin. Mampukah Indonesia mencapai target pembangunannya, yang salah satu indikatornya adalah AKI ketika melahirkan sebesar 102/100,000 pada tahun 2015?

Harapan kami, buku ini dapat menjadi bahan untuk pembahasan di tengah masyarakat baik dengan sesama anggota masyarakat maupun dengan pengambil keputusan baik di tingkat lokal maupun nasional. Lebih jauh lagi, buku ini bisa menjadi dasar bagi upaya perbaikan kebijakan dan anggaran untuk menurunkan AKI di Indonesia.

Hasil penelitian yang telah dikemas dalam bentuk buku ini telah melalui sebuah proses yang cukup panjang. Untuk itu, kami ingin mengucapkan terima kasih yang tidak terhingga kepada Ford Foundation yang bukan saja telah memberikan dukungan dana sehingga penelitian ini dapat berlangsung dengan baik, namun juga bantuan teknis memfasilitasi terjadinya pertukaran pemikiran dengan para ahli penelitian serta isu kesehatan reproduksi. Ucapan terima kasih juga kami alamatkan kepada seluruh kawan-kawan di tujuh wilayah penelitian yang telah berperan penting menjadi pendamping peneliti WRI selama kami melakukan penelitian lapangan. Demikian pula dengan semua pihak yang telah meluangkan waktu untuk kami wawancara dan berdiskusi mengenai permasalahan ini, kami ucapkan terima kasih yang tidak terhingga.

Akhir kata bagi World Population Foundation (WPF), Yayasan Sosial Indonesia untuk Kemanusiaan (YSIK) dan UNFPA (United Nations Population Fund) juga individu-individu yang telah membantu mewujudkan terbitnya buku ini sehingga dapat diakses oleh pembaca sekalian. Kami ucapkan terima kasih yang berlipat ganda.

Selamat membaca.

Jakarta, Maret 2010  
Women Research Institute

# BAB I

## Mengapa Target MDGs Menurunkan Angka Kematian Ibu Tahun 2015 *Sulit Dicapai*

### Pendahuluan

Sebagai lembaga penelitian yang peduli dengan berbagai persoalan yang dihadapi oleh perempuan dalam upaya penegakan hak-hak perempuan, Women Research Institute (WRI) secara terus menerus melakukan kajian penelitian yang berkaitan dengan hak-hak dasar perempuan sebagai warga negara.

Berkaitan dengan hal tersebut, buku ini hendak memaparkan hasil penelitian WRI dengan tema Akses dan Pemanfaatan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Reproduksi Bagi Perempuan Miskin di Tujuh Kabupaten/Kota di Indonesia yaitu Kabupaten Lampung Utara, Kabupaten Lebak, Kabupaten Indramayu, Kota Surakarta, Kabupaten Jember, Kabupaten Lombok Tengah dan Kabupaten Sumba Barat.

Sejalan dengan WRI, Bappenas juga melihat bahwa tantangan paling berat yang dihadapi oleh sektor kesehatan di Indonesia sekarang ini adalah tingginya Angka Kematian Ibu (AKI).<sup>1</sup> Tingkat AKI di Indonesia sendiri masih menjadi perdebatan. Perhitungan AKI yang didasarkan pada metode perbandingan internasional yang dilakukan oleh UNICEF, misalnya, menunjukkan bahwa angka AKI di Indonesia yang “*reported*” untuk periode 2000-2007 adalah 310, sementara yang “*adjusted*” untuk periode 2005 adalah 420.<sup>2</sup> Sementara di harian *Kompas* (23/1/2010) mengutip data berbeda yang bersumber dari Yayasan Persekitatan Bangsa-Bangsa untuk Aktivitas Populasi atau UNFPA, yang dalam Laporan Kependudukan 2008 menyebutkan bahwa AKI di Indonesia bahkan pada

---

<sup>1</sup> Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas - Ministry for National Development Planning/National Development Planning Agency), Summary Report Millennium Development Goals, Indonesia 2007, p. 8.

<sup>2</sup> [www.unicef.org](http://www.unicef.org): Indonesia: Statistics: Women.

tahun tersebut masih berada pada tingkat 420/100.000 kelahiran hidup, sama dengan tingkat AKI di tahun 2005 menurut UNICEF.<sup>3</sup>

Angka AKI di Indonesia yang dikeluarkan oleh dua lembaga internasional tersebut jauh lebih tinggi dibanding dengan data nasional yang dikeluarkan oleh Bappenas untuk tahun 2007<sup>4</sup> dan 2009<sup>5</sup> yang menunjukkan bahwa AKI di Indonesia telah mengalami penurunan dari 390 per 100.000 kelahiran yang hidup pada tahun 1994 menjadi 307 pada tahun 2002-2003, dan menjadi 228 pada tahun 2008. Meskipun angka perhitungan nasional tersebut menunjukkan tren penurunan, Bappenas mengisyaratkan bahwa Indonesia akan sulit mencapai target Millenium Development Goals (MDG) untuk menurunkan AKI sampai ke angka 102 pada tahun 2015. Dalam dua terbitan tersebut, Bappenas memperkirakan bahwa pada tahun 2015, AKI di Indonesia masih akan berkisar di angka 163. Indonesia tertinggal jauh dari Malaysia dan Thailand yang angka AKInya masing-masing 30 dan 24,<sup>6</sup> dan lebih mendekati tingkat AKI Vietnam (150), Filipina (230), dan Myanmar (380).<sup>7</sup>

Kenapa Indonesia sulit menurunkan AKI sesuai dengan target MDGs? Banyak pihak tidak memahami bahwa AKI bukanlah semata-mata masalah tidak terpenuhinya hak dasar perempuan dalam bidang kesehatan, tapi berhubungan erat dengan tidak terpenuhinya hak dasar perempuan dalam bidang pendidikan, dan juga akses mereka terhadap lapangan kerja. Dua sebab utama tidak terpenuhinya ketiga hak dasar perempuan tersebut adalah kuatnya bias gender dalam pengambilan keputusan publik dan rendahnya kesadaran politik perempuan bahwa pemerintah mempunyai kewajiban memenuhi hak-hak dasar rakyat pada umumnya dan perempuan pada khususnya. Akibatnya, anggaran dan program-program pemerintah belumlah mampu, baik dalam sisi jumlah maupun implementasi programnya, memenuhi ketiga hak dasar tersebut. Tidak terpenuhinya ketiga hak dasar tersebut membuat perempuan sulit memanfaatkan aset produktif mereka untuk meningkatkan kesejahteraan dan tingkat pendidikan mereka sehingga perempuan miskin tetap terperangkap dalam tingginya AKI.

Dalam upaya untuk mengetahui penyebab sulitnya menurunkan AKI di Indonesia WRI melakukan penelitian tentang hak-hak reproduksi perempuan. Dalam tahap satu penelitian ini WRI memfokuskan kajian pada akses dan pemanfaatan pelayanan kesehatan reproduksi bagi perempuan miskin di tujuh kabupaten/kota yaitu Lampung Utara, Lebak, Indramayu, Surakarta, Jembrana, Lombok Tengah, dan Sumba Barat. Hal ini penting untuk dilakukan mengingat kebijakan otonomi daerah yang telah diterapkan cenderung

---

<sup>3</sup> *Kompas*, "Angka Kematian Ibu Dapat Diturunkan; Edisi Kesehatan Ibu dan Anak", 23 Januari 2010, h. 36.

<sup>4</sup> Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas - Ministry for National Development Planning/National Development Planning Agency), Summary Report Millennium Development Goals, Indonesia 2007.

<sup>5</sup> Direktorat Evaluasi Pembangunan Sektor, Bappenas, Status Ringkas: Millennium Development Goals, Indonesia 2009

<sup>6</sup> [www.unicef.org](http://www.unicef.org): Info by Country: Statistics: Women.

<sup>7</sup> *Kompas*, "Angka Kematian Ibu Dapat Diturunkan; Edisi Kesehatan Ibu dan Anak", 23 Januari 2010, h. 36.

tidak pro warga miskin (*pro poor*) pada umumnya dan perempuan pada khususnya. Misalnya, banyak pemerintah daerah yang meningkatkan biaya pelayanan kesehatan di Puskesmas dan Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) yang merupakan fasilitas kesehatan publik yang lebih banyak melayani warga miskin yang tidak mampu mengakses pelayanan kesehatan swasta. Alih-alih memberikan pelayanan kesehatan secara gratis, sesuai dengan mandat konstitusi, banyak pemerintah daerah malah mengambil uang dari warga miskin untuk meningkatkan Pendapatan Asli Daerah (PAD). Data dari Seknas FITRA menunjukkan bahwa pada tahun 2009 di Garut retribusi dari Puskesmas dan RSUD mencapai 70% dari total PAD, sedang di Bondowoso 49%, Kota Parepare 48%, Sumedang 47%, dan Boyolali 43%; dan paling tidak masih ada sembilan kabupaten/kota lainnya yang persentasi retribusi kesehatannya terhadap total PAD mencapai lebih dari 30%.<sup>8</sup> Retribusi terhadap Puskesmas dan RSUD meningkatkan biaya pelayanan kesehatan dan berdampak negatif terhadap kaum perempuan dari keluarga miskin yang merupakan kelompok yang rentan secara ekonomi. Retribusi tersebut menurunkan akses mereka terhadap pelayanan kesehatan, baik itu kesehatan umum maupun kesehatan reproduksi. Meskipun memfokuskan diri pada kajian pelayanan kesehatan, WRI juga menggali data mengenai pemenuhan hak dasar perempuan dalam bidang pendidikan dan akses terhadap lapangan kerja untuk menunjukkan bahwa tidak terpenuhinya ketiga hak dasar tersebut menyebabkan sulitnya pemerintah menurunkan AKI sesuai dengan target MDG.

## 1. Penyebab Kematian Ibu

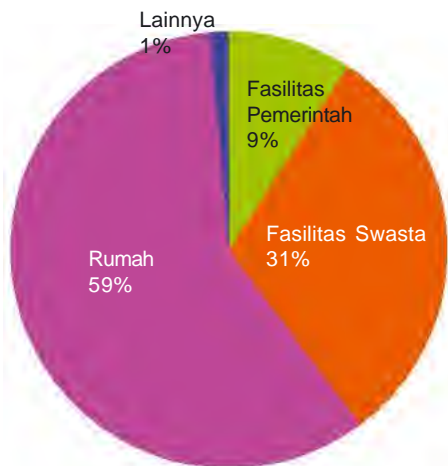
Data di tingkat nasional yang berdasarkan survei SDKI di bawah memperlihatkan masih tingginya persentase pemanfaatan tenaga non medis (dukun) dalam melakukan pertolongan persalinan, yang pada akhirnya hal ini menjadi salah satu faktor penting yang berkontribusi pada tingginya resiko kematian ibu melahirkan. Persalinan yang ditolong oleh tenaga non medis ataupun bidan pada umumnya juga dilakukan di rumah ibu yang melahirkan. Temuan penelitian WRI menunjukkan bahwa persalinan yang dilakukan oleh tenaga penolong persalinan, baik itu dukun atau pun bidan di rumah pasien, seringkali menghadapi kendala dalam hal keterbatasan ketersediaan air, tempat dan peralatan yang bersih guna menunjang proses persalinan yang aman serta obat-obatan apabila diperlukan. Tentunya hal ini juga membawa resiko pada kesehatan dan keselamatan ibu melahirkan.

Direktur Bina Kesehatan Ibu di Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat Kementerian Kesehatan Dr. Sri Hermiyanti mengatakan bahwa dari Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) pada tahun 2008 ada 4.692 ibu meninggal pada masa kehamilan, persalinan, dan nifas, dan penyebab utama kematian ibu terkait dengan keha-

---

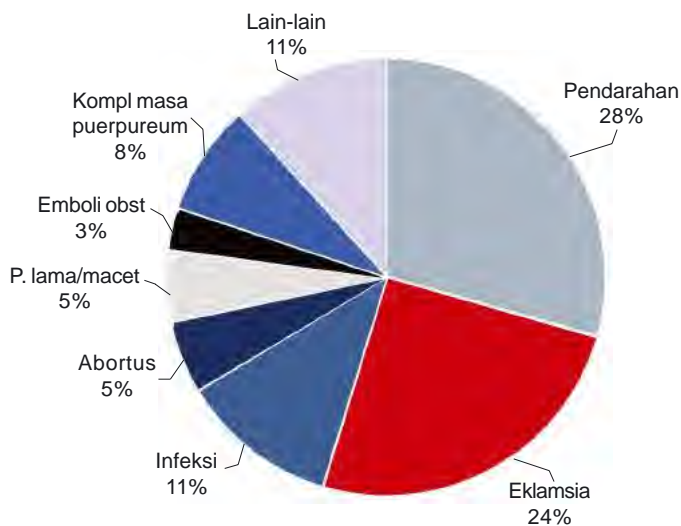
<sup>8</sup> Seknas FITRA, "Analisis Anggaran Daerah di Indonesia: Kajian Pengelolaan APBD di 41 Kabuten/Kota", 2010, h. 13.

**Grafik 1.1.**  
**Tempat yang Dipilih Ketika Ibu Melahirkan<sup>9</sup>**



milan dan persalinan adalah pendarahan (28%), eklamsia (24%), infeksi (11%), partus lama (5%), dan abortus (5%).<sup>10</sup> Lima puluh dua persen (52%) dari total jumlah ibu yang meninggal karena melahirkan disebabkan oleh pendarahan dan eklamsia. Seperti pada Grafik 1.2. berikut ini:

**Grafik 1.2.**  
**Sebab Kematian Ibu**



Padahal pendarahan dan eklamsia merupakan masalah medis yang bisa ditangkal dan diatasi apabila ibu yang melahirkan ditolong oleh tenaga penolong persalinan yang

<sup>9</sup> Emi Nurjasm, "Bidan Ujung Tombak Palayanan Kesehatan Ibu Anak", PP IBI, 30 Juni 2008.

<sup>10</sup> *Kompas*, "Perdarahan Penyebab Kematian Ibu: Edisi Kesehatan Ibu dan Anak", Sabtu 30 Januari 2010, h. 13.



berkualitas di tempat persalinan yang memiliki perangkat serta obat-obatan yang memadai. Ibu-ibu tersebut meninggal terutama bukan hanya karena mengalami pendarahan dan eklamsia, tapi karena tidak mempunyai akses ke pelayanan kesehatan dan persalinan yang berkualitas, terutama pelayanan gawat darurat yang tepat waktu. Ada tiga keterlambatan yang membuat ibu meninggal karena melahirkan:

- Terlambat mengenali tanda bahaya dan mengambil keputusan;
- Terlambat mencapai fasilitas kesehatan;
- Terlambat mendapatkan pelayanan di fasilitas kesehatan.

Ketiga jenis keterlambatan yang membuat ibu meninggal karena melahirkan tersebut terkait erat dengan berbagai faktor. Pertama-tama, sebagian besar ibu, terutama di daerah pedesaan, melahirkan di rumah. Figur pada Grafik 1.1. menunjukkan bahwa 59% ibu melahirkan di rumah, sisanya di fasilitas swasta dan fasilitas pemerintah. Bahkan hasil penelitian POGI<sup>11</sup> Mataram menemukan bahwa tingginya angka kematian ibu melahirkan paling banyak terjadi akibat persalinan dilakukan di rumah yang tidak memenuhi persyaratan. Dari kasus tingginya AKI di 31 Kecamatan se-Nusa Tenggara Barat (NTB) ditemukan 95,7% persalinan dilakukan di rumah dimana 85% ditolong oleh dukun dan 32% ditolong oleh dukun tidak terlatih, hanya 2,6% saja persalinan yang dilakukan di Rumah Sakit. Bahkan dari hasil penelitian tersebut memperlihatkan bahwa 81% ibu menyatakan hanya mampu membayar biaya persalinan sebesar Rp. 10.000,-<sup>12</sup>.

Kondisi rumah keluarga miskin atau di daerah miskin yang jauh dari akses terhadap air bersih dan listrik, buruknya infrastruktur jalan, minimnya keberadaan alat transportasi, dan kemiskinan yang membuat perempuan miskin tidak mempunyai cukup tabungan untuk melahirkan menyebabkan mereka tidak mempunyai pilihan selain melahirkan di rumah meskipun hal itu membawa resiko kematian yang sangat tinggi. Karena itu, untuk bisa secara signifikan menurunkan AKI, jumlah perempuan yang melahirkan di rumah harus diturunkan secara maksimal. Tujuannya bahkan harus menurunkan jumlah kelahiran di rumah sampai nol persen agar para perempuan yang kemungkinan mengalami resiko tinggi dalam melahirkan dapat ditangani segera oleh tenaga terlatih atau ditangani oleh orang yang tepat. Akan tetapi hal itu lebih mudah dikatakan daripada direalisasikan.

Untuk bisa secara signifikan menurunkan angka melahirkan di rumah, harus tersedia berbagai fasilitas untuk melahirkan yang memadai yang ditangani oleh tenaga-tenaga kesehatan yang berkualitas dan mudah diakses oleh perempuan miskin. Akan tetapi, adanya fasilitas melahirkan yang memadai yang ditangani oleh tenaga yang berkualitas tidak dengan serta merta menyebabkan perempuan miskin berhenti melahirkan di rumah. Fasilitas dan tenaga kesehatan tersebut juga harus mudah diakses, dalam arti mudah

---

<sup>11</sup> Perkumpulan Obstetri Ginekologi Indonesia (POGI)

<sup>12</sup> Hasil pertemuan ilmiah tahunan POGI, 3 Juli 2007, yang disampaikan oleh Ketua POGI Cabang Mataram Dr. Soesbandoro Spog.



dijangkau secara jarak dan transportasi dan terjangkau secara ekonomi. Adalah menjadi kewajiban pemerintah untuk menyediakan anggaran yang memadai sehingga bisa menjamin ketersediaan fasilitas publik yang bermutu dan tenaga kesehatan yang berkualitas yang terdistribusikan dengan baik sehingga bisa mendorong ibu-ibu miskin untuk tidak lagi melahirkan di rumah. Akan tetapi kenyataan berbicara lain. Hasil penelitian FITRA terhadap APBD di 41 kabupaten/kota menunjukkan minimnya alokasi APBD untuk belanja kesehatan. Hanya 12 dari 41 kabupaten/kota yang menjadi sampel penelitian tersebut yang mengalokasikan 10-16% dari APBD mereka untuk kesehatan, selebihnya mengalokasikan kurang dari 10%.<sup>13</sup> Persentasi alokasi anggaran untuk kesehatan itu sangat minim dibanding dengan alokasi anggaran untuk pendidikan yang dimandatkan oleh UUD 45 untuk mencapai paling tidak 20% dari anggaran belanja negara.

Minimnya anggaran yang berdampak pada minimnya fasilitas kesehatan yang berkualitas baik dan terjangkau secara transportasi dan ekonomi menyebabkan ibu hamil, terutama di daerah pedesaan, sulit untuk beralih dari dukun yang memberikan jasa layanan melahirkan di rumah. Data dalam Grafik 1.3. menunjukkan bahwa dalam 5 *years survey proceeding* yang secara resmi di kutip oleh Emi Nurjismi (Ikatan Bidan Indonesia-IBI) dalam makalahnya, 31,5% dari total kelahiran ditangani oleh dukun dan biasanya dilakukan di rumah. Sementara Data dalam Tabel 1.1. juga menunjukkan bahwa apabila dipilah antara desa dan kota, persentasi jumlah dukun dari total jumlah tenaga penolong persalinan jauh lebih banyak di desa daripada di kota, yaitu 19,9% di kota dan 41,6% di desa.

Penelitian yang dilakukan WRI<sup>14</sup> mengidentifikasi empat hal yang menyebabkan ibu hamil, terutama di daerah pedesaan, sulit untuk beralih dari dukun ke tenaga medis profesional.

- Biaya layanan dukun terjangkau secara ekonomi dan dapat dibayar dengan natura;
- Jenis layanan yang diberikan bidan tidak selengkap dukun; layanan yang diberikan oleh dukun tidak hanya sebatas pada asuhan perawatan kehamilan dan persalinan tetapi juga perawatan bayi dan seluruh keluarga;
- Pendekatan kekeluargaan dengan nilai-nilai kultural dan spiritual yang dilakukan oleh dukun lebih menenangkan bagi ibu yang akan, sedang dan sudah melahirkan;
- Pengambil keputusan tentang tempat melahirkan bukan sang ibu tapi suami dan keluarga.

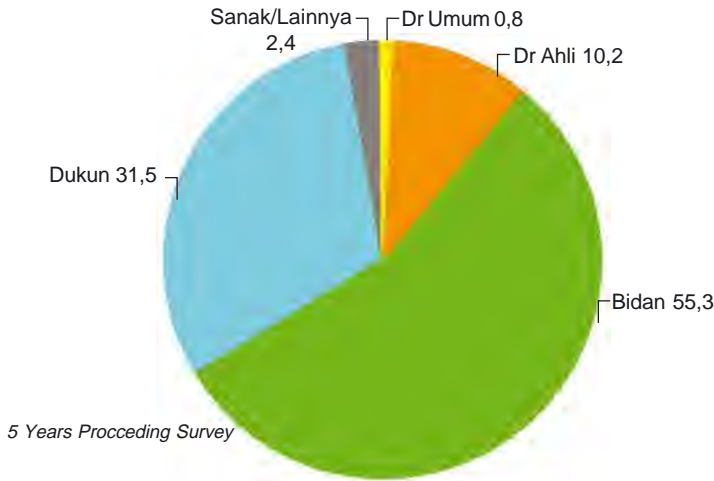
Hasil penelitian WRI tersebut juga menunjukkan alasan lain kenapa lebih banyak perempuan memilih untuk melahirkan ke dukun di antaranya:

- Semakin rendah tingkat pendidikan dan pendapatan perempuan, pilihan persalinan semakin banyak ke dukun;

<sup>13</sup> Seknas FITRA, "Analisis Anggaran Daerah di Indonesia: Kajian Pengelolaan APBD di 41 Kabuten/Kota", 2010, h. 32.

<sup>14</sup> Kajian Riset WRI, *Akses dan Pemanfaatan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Reproduksi bagi Perempuan Miskin di tujuh wilayah Penelitian*, 2007-2008.

**Grafik1. 3.**  
**Tenaga Penolong Persalinan versi IBI<sup>15</sup>**



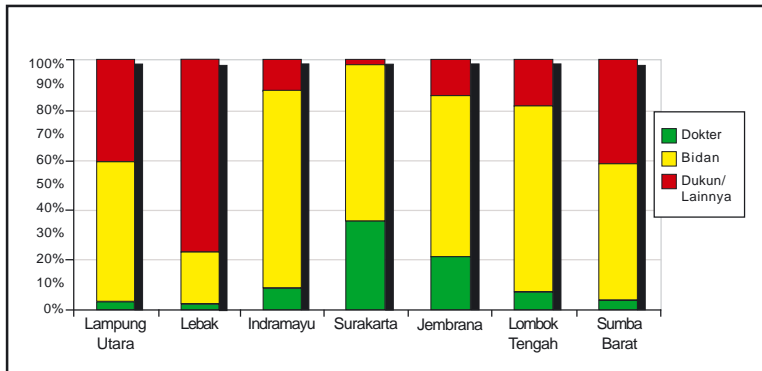
- Semakin banyak anak, pilihan persalinan semakin banyak ke dukun;
- Semakin jauh dan semakin sulit jarak tempuh mengakses fasilitas dan tenaga kesehatan, semakin dukun menjadi alternatif pilihan utama;
- Adanya jaminan pelayanan kesehatan gratis tidak serta merta mengurangi pilihan perempuan miskin untuk ke dukun seperti di Lebak, Lampung Utara dan Sumba Barat karena sosialisasi layanan gratis tidak merata, dan dukun mudah diakses;
- Pilihan masyarakat ke dukun dipengaruhi oleh jarak tempuh, pelayanan perawatan bayi dan ibu paska melahirkan, fleksibilitas pembayaran (*in-natura*) dan kepercayaan dan tradisi masyarakat yang masih kuat;
- Belum ada kebijakan khusus berkaitan dengan kesehatan reproduksi perempuan khususnya penekanan implementasi bidan tinggal di desa;
- Biaya bersalin yang dianggap mahal masih menjadi alasan ibu-ibu miskin untuk melahirkan dengan ditolong oleh dukun;
- Masih sangat banyak bidan muda yang ditempatkan di desa yang pengalamannya dianggap masih kurang dibandingkan dengan dukun yang pada umumnya dianggap lebih kaya pengalaman dan lebih sabar.

Hasil Penelitian WRI di Grafik 1.4. menunjukkan bahwa di daerah miskin, dukun memang masih menjadi pilihan persalinan yang cukup diminati, walaupun di perkotaan dan di daerah yang secara ekonomi tidak tergolong daerah miskin bidan adalah pilihan utama bantuan persalinan bagi ibu melahirkan.

Selain alasan kultural dan spiritual di atas ternyata biaya juga menjadi kendala yang paling utama kenapa dukun menjadi pilihan persalinan yang diminati. Persepsi responden

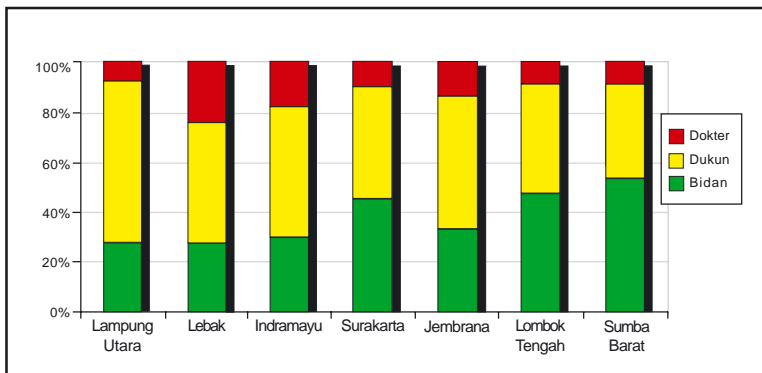
<sup>15</sup> Emi Nurjismi, "Bidan Ujung Tombak Pelayanan Kesehatan Ibu Anak", 30 Juni 2008.

**Grafik 1.4.**  
**Penolong Persalinan**



dalam menentukan pilihan fasilitas kesehatan untuk membantu persalinan masih didominasi oleh biaya. Biaya menjadi kendala besar kenapa perempuan khususnya di desa dan daerah miskin lebih memilih dukun dalam pertolongan persalinan, seperti data tentang persepsi masyarakat hasil penelitian WRI pada Grafik 1.5.

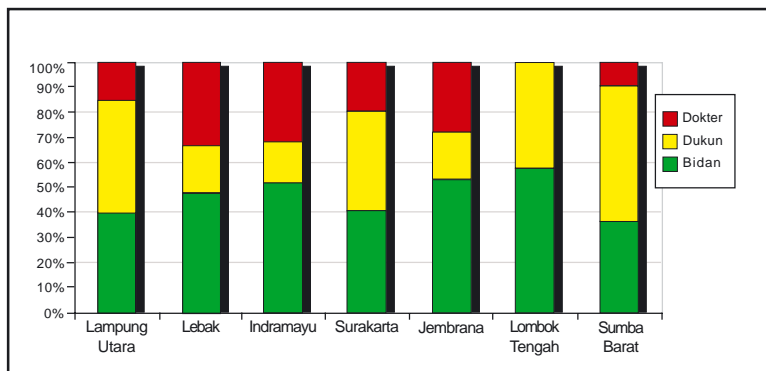
**Grafik 1.5.**  
**Biaya Sebagai Alasan Pemilihan Penolong Persalinan**



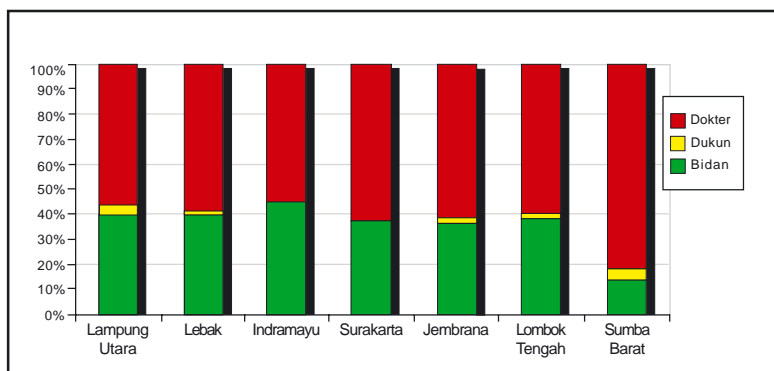
Grafik 1.5. sangat jelas menunjukkan sebagian besar responden menyatakan bahwa karena hambatan biaya dan biaya dukun dianggap “lebih murah” sehingga mereka lebih memilih dukun sebagai tenaga penolong persalinan yang diminati.

Selain biaya, jarak juga menjadi kendala besar untuk menentukan pilihan sarana persalinan bagi perempuan miskin seperti persepsi masyarakat di tujuh wilayah penelitian WRI di Grafik 1.6. Masyarakat menyatakan pilihan utama mereka adalah dukun karena jaraknya relatif dekat dan atau dukun bisa dipanggil ke rumah, walaupun mereka sebetulnya sadar bahwa dokter dan bidan mempunyai kualitas medis jauh di atas dukun. Dibandingkan dokter dan bidan masyarakat sebetulnya paham benar bahwa dukun secara medis sangat tidak direkomendasikan.

**Grafik 1.6.**  
**Jarak Sebagai Alasan Pemilihan Penolong Persalinan**



**Grafik 1.7.**  
**Kualitas Tenaga Sebagai Alasan Pemilihan Penolong Persalinan**



Tabel 1.1. Data SDKI ini menunjukkan perbedaan jumlah penolong persalinan, desa versus kota, 2002-2003.

**Tabel 1.1.**  
**Tenaga Penolong Persalinan**

Tenaga Penolong Persalinan	%
Di Perkotaan	
- Dokter Umum	3.6%
- Dokter SpOG	13.6%
- Bidan	61.8%
- Lain-lain	1.1%
- Dukun Bayi	19.9%
Di Pedesaan	
- Dokter Umum	0.9%
- Dokter SpOG	4.6%
- Bidan	49.7%
- Lain-lain	2.1%
- Dukun Bayi	41.6%

Sumber: SDKI 2002-2003

Salah satu sebab utama dari masih tingginya angka persalinan di rumah dan masih tingginya jumlah dukun bayi yang memberikan pertolongan persalinan di rumah bukan karena jumlah bidan di Indonesia tidak mencukupi. Sekarang ini jumlah desa di Indonesia mencapai hampir 71.000 desa, sedangkan menurut Ikatan Bidan Indonesia (IBI) dalam Tabel 1.2., jumlah bidan yang ada lebih dari 83.000 orang. Dilihat dari sisi jumlah, bisa ada lebih dari satu bidan di satu desa. Yang menjadi masalah adalah bahwa, seperti yang terlihat dalam tabel tersebut, keberadaan bidan secara tidak proporsional terkonsentrasi di Puskesmas (tingkat kecamatan) dan rumah sakit (tingkat kota). Dengan adanya ketimpangan distribusi bidan ini, pemerintah perlu mengeluarkan kebijakan dan alokasi anggaran yang memberikan insentif kepada bidan untuk tinggal dan membuka praktek di desa-desa. Selama ini pemerintah belum responsif terhadap kebutuhan akan fasilitas pelayanan kesehatan di desa dan insentif keuangan yang memadai buat bidan untuk menetap di desa, apalagi di desa-desa terpencil. Semakin terpencil desanya, semakin tinggi tingkat AKInya. Tingkat AKI di Papua berdasarkan data Dinas Kesehatan Provinsi Papua menunjukkan AKI di Papua mencapai 396 per 1.000 kelahiran hidup dan kematian bayi mencapai 52 per 1.000 kelahiran hidup<sup>16</sup>, sementara di Jawa Tengah angkanya adalah 248 per 100.000 kelahiran.

**Tabel 1.2.**  
**Jumlah dan Distribusi Bidan, 2006**

<b>Jumlah Bidan</b>	<b>Distribusi Bidan</b>
Di Rumah Sakit	10.086
Di Puskesmas	20.831
Bidan di Desa	52.091
<b>Total</b>	<b>83.008</b>

Sumber: Ikatan Bidan Indonesia (IBI)

Selain jumlah dan sebaran bidan terutama bidan desa (Bides) yang tidak merata, data dalam Tabel 1.3. ini juga menunjukkan permasalahan lain yang dihadapi oleh bidan dalam menjalankan tugasnya menolong persalinan di desa terutama di desa terpencil. Permasalahan yang dihadapi oleh bidan tersebut juga menjadi alasan sulitnya masyarakat, khususnya perempuan untuk mendapatkan akses pada pelayanan dan fasilitas kesehatan yang berkualitas untuk membantu persalinannya.

<sup>16</sup> Tabloid Jubi, "Angka Kematian Ibu Melahirkan di Papua Capai 396 per 1.000 Kelahiran Hidup," <http://tabloidjubi.com>.

Tabel 1.3.

Permasalahan Penolong Persalinan (Bidan)			
Sarana dan Prasarana	Kualitas dan Kuantitas	Sosial dan Geografi	Kebijakan
<ul style="list-style-type: none"><li>•Belum tersedianya Polindes di semua desa.</li><li>•Polindes belum dilengkapi listrik, air dan MCK</li><li>•Ketersediaan kamar dan tempat tidur sangat terbatas</li><li>•Polindes berada di lokasi yang sepi dan jauh dari rumah penduduk</li><li>•Peralatan yang belum memadai seperti: alat pengukur HB, tes kehamilan, timbangan, mini dopler, partus set tumpul dan alat penerangan tidak memadai</li><li>•Alat transportasi bidan tidak selalu ada</li><li>•Tunjangan dan kesejahteraan bidan tidak mencukupi</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>•Jumlah bidan yang terbatas dan tidak terdistribusi secara merata</li><li>•Pendidikan bidan masih rendah (D1 Lulusan A/C)</li><li>•Bidan jarang diberi pelatihan oleh dinas seperti APN</li><li>•Bidan yang disekolahkan masih sangat kecil</li><li>•Pengetahuan IMS bidan belum ada, dan butuh pelatihan</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>•Dukun masih dipercaya dan dituakan</li><li>•Kondisi rumah pasien yang sulit dijangkau</li><li>•Keamanan bagi bidan desa terpencil belum terjamin</li><li>•Kesadaran tentang kesehatan reproduksi masyarakat masih rendah</li><li>•Keluarga dan nilai budaya masih berperan dalam menentukan keputusan kesehatan reproduksi perempuan</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>•Kriteria pengangkatan bidan PTT menjadi PNS tidak jelas</li><li>•Tidak semua klaim persalinan diganti oleh Askeskin, penggantian hanya sesuai dana yang tersedia</li><li>•Klaim Askeskin dibayar setiap akhir tahun</li><li>•Gaji bidan PTT sering terlambat dibayar</li></ul>

2. Program Penurunan AKI

Hasil penelitian WRI di tujuh wilayah yang dilakukan pada tahun 2007-2008<sup>17</sup> menunjukkan bahwa kebijakan pemerintah yang tepat bisa secara drastis menurunkan angka kelahiran yang ditolong oleh dukun. Tabel 1.4. menunjukkan bahwa kabupaten-kabupaten miskin seperti Lombok Tengah dan Indramayu mampu menekan jumlah persalinan yang ditolong oleh dukun sampai di bawah 20%, mendekati prestasi Kota Surakarta yang mempunyai infrastruktur layanan kesehatan dan transportasi yang baik, dan Kabupaten Jembrana yang menggratiskan layanan kesehatan. Prestasi Indramayu dan Lombok Tengah dicapai karena adanya kebijakan yang mengatur kemitraan bidan dan dukun sebagai tenaga penolong persalinan. Kemitraan tersebut menjadikan dukun sebagai perawat kehamilan, tapi ibu-ibu tersebut pergi ke bidan ketika melahirkan. Kabupaten Takalar di Sulawesi Selatan bahkan menjadi kabupaten pertama di Indonesia yang memiliki Peraturan Daerah (Perda) tentang kemitraan bidan dan dukun bayi setelah Dewan Perwakilan Rakyat Daerah mengesahkan Perda tentang Kemitraan Bidan dan Dukun Bayi<sup>18</sup>.

<sup>17</sup> Women Research Institute, “Akses dan Pemanfaatan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Reproduksi Bagi Perempuan Miskin”, 2007-2008.  
<sup>18</sup> Kompas, 1 Februari 2010. <http://id.news.yahoo.com/kmps/20100201/tls-perda-pertama-kemitraan-dukun-bidan-8d16233.html>

**Tabel 1.4.**  
**Data Penolong Persalinan di Tujuh Wilayah Penelitian WRI, 2007-2008**

Penolong Persalinan	Lebak	Lampung Utara	Sumba	Kota Surakarta	Jembrana	Lombok Tengah	Indramayu
Dokter Umum	1,0	1,3	0,7	4,3	3,3	1,3	0,3
Dokter Spesialis	1,3	1,7	2,7	31,0	17,7	5,7	8,7
Bidan Kandungan	21,3	55,3	54,7	62,7	64,3	74,3	78,7
Dukun/Lainnya	76,3	41,7	41,7	2,0	14,6	18,7	12,3

Pemerintah Pusat juga sudah berupaya mengatasi keterbatasan ketersediaan tenaga kesehatan dokter serta bidan melalui program Pegawai Tidak Tetap (PTT). Menteri Kesehatan menjelaskan bahwa dokter PTT yang ditempatkan di Puskesmas terpencil yang semula hanya mendapat gaji Rp. 1,5 juta per bulan akan mendapat insentif, yaitu gaji empat kali lipat. Dokter PTT yang telah bertugas selama dua tahun juga akan mendapat izin untuk meneruskan pendidikan spesialis. Untuk tenaga bidan, mereka yang diangkat dengan kriteria Daerah Terpencil dan bertugas pada sarana pelayanan kesehatan di Daerah Sangat Terpencil mendapat insentif sebesar Rp. 2,5 juta per bulan. Pemerintah juga mengupayakan penetapan kebijakan lain untuk menurunkan AKI. Salah satunya adalah penyediaan dana sebesar Rp. 1 triliun, menurut Sekretaris Jenderal Departemen Kesehatan Sja'fii Achmad, untuk memberi pelayanan masyarakat tidak mampu secara gratis, termasuk layanan melahirkan, di kelas tiga di rumah sakit.<sup>19</sup>

Kepmenkes 508/Menkes/SK/IV/2007 tentang Penetapan lama penugasan dan besaran insentif bagi tenaga medis dan bidan PTT yang bertugas pada sarana pelayanan kesehatan (revisi Kepmenkes 132/Menkes/SK/III/2006 dan Permenkes 312/Menkes/PER/IV/2006)

No.	Tenaga Medis dan Bidan	Besaran Insentif
1.	Dokter Spesialis/Dokter Gigi Spesialis yang bertugas pada sarana pelayanan kesehatan di daerah terpencil/sangat terpencil	Rp. 7.500.000,-
2.	Dokter/Dokter Gigi yang bertugas pada sarana pelayanan kesehatan di daerah sangat terpencil	Rp. 5.000.000,-
3.	Bidan yang diangkat dengan kriteria daerah terpencil dan bertugas pada sarana pelayanan kesehatan di daerah sangat terpencil	Rp. 2.500.000,-

### **Pengangkatan PTT Pusat<sup>20</sup>**

Jumlah Dokter atau Dokter Gigi PTT aktif hingga Desember 2007

- Dokter: 7.091
- Dokter Gigi: 2.065

<sup>19</sup> *Media Indonesia*, 25 November 2004

<sup>20</sup> Biro Kepegawaian Setjen Departemen Kesehatan Kebijakan Departemen Kesehatan tentang Pengadaan Dokter PTT, Jakarta, 26 Januari 2008

Ditempatkan di daerah:

- Terpencil: 2.127
- Sangat Terpencil: 2.061

Masih ada beberapa kebijakan lain yang perlu dimaksimalkan efektivitasnya, misalnya sistem rujukan yang selama ini masih jauh dari optimal. Layanan kesehatan rujukan gawat obstetrik masih sangat terbatas. Dalam keadaan darurat, keberadaan bidan saja tidak cukup. Tidak adanya sistem rujukan yang bekerja dengan baik dan cepat seringkali menyebabkan ibu di daerah pedesaan tidak bisa menerima pertolongan darurat secara tepat waktu. Tidak jarang sistem rujukan yang tersedia belum didukung kompetensi klinis dan kelengkapan peralatan medis yang tersedia masih sub-standar. Sistem Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin (Askeskin) seringkali juga belum bekerja dengan baik. Kebanyakan keluarga miskin baru mengurus kelengkapan administratif setelah diagnosa gawat darurat kebidanan ditegakkan. Juga masih terjadi kerancuan siapa saja yang berhak, prosedur administratif serta jenis layanan yang akan ditanggung. Yang sering menjadi masalah besar bagi ibu-ibu miskin adalah meskipun biaya pemeriksaan kehamilan dan persalinan sudah dijamin melalui Jamkesmas, bagaimana dengan biaya transportasi dari rumah sampai ke fasilitas kesehatan yang harus dikeluarkan?

Pada tahun 1996, Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) meluncurkan Kampanye Ibu Sehat Sejahtera (KISS), yang kemudian diperbaharui menjadi Gerakan Keluarga Sehat Sejahtera (GKSS). Pada 22 Desember 1996, Pemerintah (Presiden) mencanangkan Gerakan Sayang Ibu (GSI) yang dilaksanakan melalui beberapa strategi. Pertama, pemerintah menerapkan Gerakan Nasional Kehamilan yang Aman (*Making Pregnancy Safer* atau MPS). Kedua, pemerintah membangun kemitraan yang efektif melalui kerjasama lintas program, lintas sektor dan mitra lainnya untuk melakukan advokasi guna memaksimalkan sumber daya yang tersedia serta meningkatkan koordinasi perencanaan dan kegiatan (MPS). Untuk diketahui, dalam pelaksanaannya GSI menggunakan pendekatan desentralisasi, berdasarkan UU No. 22 Tahun 1999, UU No. 25 tahun 1999, serta Peraturan Pemerintah (Kepmen No.75/Kep/MenUPW/X/1997) tentang Pedoman GSI. Hambatan yang paling dominan dalam pelaksanaan program GSI di daerah adalah keterbatasan dana operasional program karena tidak semua daerah memiliki kesadaran untuk mengalokasikan anggaran khusus bagi peningkatan kesehatan ataupun pemberdayaan perempuan<sup>21</sup>.

Untuk lebih mengoptimalkan pelaksanaan program GSI di daerah, pemerintah mengeluarkan kebijakan melalui Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 564/Menkes/SK/VIII/2006 tentang Pedoman Pelaksanaan Pengembangan Desa Siaga. Kebijakan ini menjadi landasan bagi daerah dalam membentuk dan mengembangkan Desa Siaga dalam

---

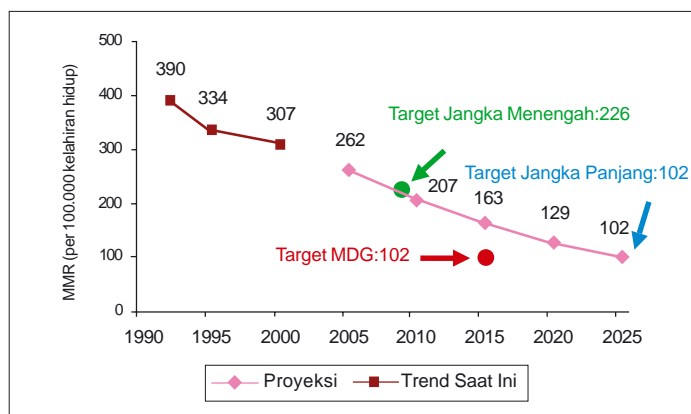
<sup>21</sup> Erni Agustini dalam Edriana Noerdin, *et al*, *Potret Kemiskinan Perempuan*. WRI. 2006



rangka memberikan pertolongan dini terhadap ibu melahirkan dengan mengoptimalkan sumber daya yang dimiliki oleh masyarakat sekitar dimana terdapat ibu hamil dan melahirkan. Namun demikian kunci kesuksesan pelaksanaan program GSI maupun Desa Siaga sesungguhnya sangat dipengaruhi oleh *political will* dari Pemda dalam upaya memberikan pelayanan yang optimal bagi kesehatan ibu hamil dan ketika mereka melahirkan. Komitmen dan kesungguhan pemerintah daerah dalam hal ini bisa dilihat dari ada tidaknya kebijakan serta alokasi anggaran yang memadai bagi pelaksanaan program GSI maupun Desa Siaga di berbagai daerah.

Diterapkannya program GSI sejak sepuluh tahun yang lalu dan Program PTT sejak tiga tahun yang lalu belum menunjukkan keberhasilan mengatasi kesenjangan geografis sebaran bidan dan tenaga penolong persalinan lainnya, yang berakibat pada masih tingginya jumlah ibu yang melahirkan di rumah dan ditolong oleh dukun. Akibatnya, muncul suara-suara bernada kekhawatiran bahwa upaya penurunan AKI sesuai dengan target MDGs pada tahun 2015 akan sangat sulit untuk dicapai seperti data dibawah ini<sup>22</sup>.

**Grafik 1.8.**  
**Status Ringkas Millenium Development Goals, Indonesia 2009**



### 3. Penutup

Uraian dalam bab ini telah mengeksplorasi sebab-sebab kenapa Indonesia sulit menurunkan AKI untuk mencapai target MDG di tahun 2015. Dalam bab ini telah dijelaskan bahwa pendarahan dan eklamsia, meskipun mereka adalah penyebab utama kematian ibu akibat melahirkan, sebetulnya bukanlah merupakan penyebab dasar dari tingginya AKI di Indonesia. Pendarahan dan eklamsia, yang seharusnya bisa dicegah dan diatasi

<sup>22</sup> Randy R. Wrihadnolo, "Status Ringkas Millenium Development Goals, Indonesia 2009", Direktorat Evaluasi Kinerja Pembangunan Sektorial.

oleh tenaga medis yang berpengalaman yang bekerja di fasilitas layanan kesehatan yang memadai, berakibat fatal karena banyak ibu miskin yang melahirkan di rumah dan dibantu oleh dukun. Pertanyaan kenapa masih banyak sekali ibu miskin, terutama yang tinggal di pedesaan, yang memilih untuk melahirkan di rumah dan dibantu oleh dukun membawa kita ke arena politik anggaran.

Sekarang ini baru ada pagu anggaran sebesar 20% untuk pendidikan, sedang anggaran untuk kesehatan belum dianggap sebagai prioritas untuk diberikan sebuah pagu. Kecilnya alokasi anggaran untuk kesehatan juga menyebabkan tidak memadainya jumlah layanan kesehatan yang memenuhi standar medis yang memadai. Bukan saja anggaran untuk kesehatan tidak ada pagunya, tapi banyak pemerintah daerah yang justru mengandalkan retribusi dari layanan kesehatan di tingkat desa/kecamatan (Puskesmas) dan kota (RSUD) untuk meningkatkan PAD, dan praktek ini membuat ibu-ibu miskin semakin sulit mengakses layanan kesehatan. Mengecilnya akses ibu-ibu miskin terhadap layanan kesehatan dan tidak memadainya layanan kesehatan yang ada merupakan dua sebab utama banyak ibu miskin tetap memilih melahirkan di rumah dibantu oleh dukun.

Untuk bisa secara signifikan menurunkan jumlah ibu miskin yang melahirkan di rumah dan ditolong dukun, diperlukan reformasi kebijakan yang cukup mendasar. Retribusi terhadap layanan kesehatan seperti Puskesmas dan RSUD harus ditiadakan, dan alokasi anggaran untuk kesehatan harus diberi pagu minimal seperti halnya alokasi anggaran untuk pendidikan. Di samping itu, perlu reformasi kebijakan untuk merealisasikan distribusi bidan ke desa-desa, terutama desa-desa yang terpencil. Untuk menurunkan angka melahirkan di rumah, diperlukan kecukupan anggaran untuk membangun dan menjalankan layanan kesehatan yang memadai di desa-desa, terutama yang terpencil, dan kebijakan untuk memberikan insentif ekonomi kepada tenaga pelayanan melahirkan yang berkualitas, terutama bidan.

Sementara tempat layanan kesehatan yang memadai masih kurang, tenaga pelayan kesehatan masih terkonsentrasi di kota dan kecamatan, dan akses ibu miskin terhadap layanan tersebut masih rendah. Seharusnya ada kebijakan yang melengkapi Askeskin dengan biaya transportasi sehingga akan memperlebar akses ibu-ibu miskin terhadap layanan melahirkan yang berkualitas yang tidak tersedia di desa tempat tinggal mereka. Di samping nilai-nilai patriarki yang membuat keputusan untuk memilih tempat melahirkan tidak ada di tangan ibu, politik anggaran dan politik kebijakan juga merupakan batu sandungan utama yang membuat Indonesia sulit untuk mencapai target MDG dalam bidang AKI.

## 4. Metodologi Penelitian

Penelitian WRI dengan tema Akses dan Pemanfaatan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Reproduksi bagi Perempuan Miskin di Tujuh Kabupaten/Kota yang berupaya untuk melihat lebih dekat berbagai persoalan yang menyebabkan sulitnya menurunkan AKI ini, berusaha mengkombinasikan metode penelitian kualitatif dan kuantitatif. Dengan menggunakan metode ini diharapkan penggambaran persoalan yang dihadapi oleh perempuan miskin dalam penggunaan akses dan pemanfaatan fasilitas kesehatan reproduksinya dapat dipahami secara menyeluruh.

Penelitian kuantitatif dengan metode survei yang melibatkan sebanyak 300 orang responden untuk tiap-tiap kabupaten/kota dengan total responden yang sebanyak 2100 orang dianggap belum cukup menjawab persoalan yang unik dan spesifik yang dialami oleh masing-masing individu perempuan miskin dengan perbedaan latar belakang pendidikan, status sosial, budaya dan agama. Dalam upaya melengkapi data hasil penelitian kuantitatif, WRI juga melakukan pengumpulan data melalui penelitian kualitatif dengan metode wawancara mendalam yang melibatkan 30 orang untuk tiap kabupaten/kota dengan total 210 orang dan 30 orang tiap kabupaten/kota yang terlibat dalam Focus Group Discussion (FGD) sehingga total responden yang terlibat dalam FGD juga sebanyak 210 orang. Selain survei, wawancara mendalam dan juga FGD, WRI juga mendokumentasikan berbagai studi kasus yang dianggap dapat mewakili masing-masing pengalaman yang dialami oleh perempuan sehubungan dengan kesehatan reproduksinya. Melalui kombinasi metode kuantitatif, kualitatif dan studi kasus diharapkan gambaran utuh akan persoalan yang dihadapi perempuan miskin dalam mengakses dan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan reproduksinya bisa didokumentasikan agar menjadi masukan bagi para pengambil dan pemutus kebijakan dalam menentukan kebijakan kesehatan reproduksi perempuan khususnya perempuan miskin.

WRI berharap agar penelitian ini dapat menyumbangkan pemikiran akan upaya-upaya percepatan penurunan angka kematian ibu sesuai dengan capaian tujuan dalam Millenium Development Goals. Dibawah ini adalah uraian tentang metodologi yang digunakan dalam penelitian ini agar dapat dipahami secara utuh.

### 4.a. Pertanyaan Penelitian

Penelitian ini dilakukan untuk menjawab permasalahan yaitu:

1. Bagaimana gambaran akses dan pemanfaatan terhadap fasilitas dan pelayanan kesehatan oleh perempuan miskin?
2. Faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi akses dan pemanfaatan perempuan miskin terhadap fasilitas dan pelayanan kesehatan yang tersedia?
3. Bagaimana hal itu berhubungan dengan latar belakang pendidikan dan tingkat kemiskinannya (status sosial ekonominya)?

#### **4.b. Tujuan Penelitian**

##### **Tujuan Umum**

Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi berbagai masalah yang dihadapi oleh perempuan miskin ketika mengakses dan memanfaatkan fasilitas kesehatan. Masalah tersebut memiliki kaitan erat dengan fasilitas dan pelayanan kesehatan itu sendiri, keluarga, dan masalah sosial budaya lainnya. Selain itu, penelitian ini juga dilakukan untuk mencari upaya perbaikan dari fasilitas kesehatan agar perempuan memiliki akses, pemanfaatan, dan kualitas pelayanan dengan baik.

##### **Tujuan Khusus**

1. Mengetahui gambaran karakteristik sosioekonomi dan demografi kelompok masyarakat miskin khususnya perempuan.
2. Mengetahui gambaran akses masyarakat miskin khususnya perempuan terhadap pelayanan kesehatan seperti:
  - a. Jenis Pelayanan Kesehatan yang tersedia
  - b. Jarak
  - c. Waktu Tempuh
  - d. Jenis Transportasi
  - e. Pengetahuan
  - f. Sistem Nilai (persepsi dan kualitas)
3. Mengetahui gambaran pemanfaatan pelayanan kesehatan dasar oleh masyarakat miskin seperti:
  - a. Pelayanan Pengobatan
  - b. Pelayanan KIA
  - c. Pelayanan KB
  - d. Pelayanan Imunisasi
4. Mengetahui faktor-faktor yang berpengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan dasar oleh masyarakat miskin

#### **4.c. Metode Penelitian**

Metode penelitian ini menggunakan dua teknik pengumpulan data, yang pertama kuantitatif dan yang kedua kualitatif. Metode penelitian kuantitatif digunakan untuk memperoleh gambaran yang luas mengenai fenomena kesehatan perempuan dari keluarga miskin. Sementara itu metode kualitatif untuk memperoleh sejumlah karakter khusus dari studi kasus. Pengumpulan studi kasus dilakukan di wilayah yang disurvei berdasarkan metode kuantitatif. Metode ini juga untuk melihat secara lebih mendalam dari fenomena kesehatan perempuan dari keluarga miskin, sehingga kita dapat mengetahui bagaimana proses sosial kemiskinan itu terbentuk dan memberi pengaruh terhadap pola kesehatan perempuan miskin. Metode kualitatif ini meliputi observasi, wawancara mendalam terha-

dap petugas kesehatan, pengguna fasilitas kesehatan, dan tenaga medis maupun paramedis. Metode kuantitatif dengan melakukan survei melalui penyebaran instrumen *questioner* untuk mewawancarai 1.200 rumah tangga dari empat kabupaten terpilih. Unit analisis di tingkat kewilayahan adalah kabupaten dengan memfokuskan pada keluarga miskin. Hal ini bertujuan untuk mengetahui bagaimana keluarga tersebut mengakses dan memanfaatkan fasilitas dan pelayanan kesehatan yang ada di daerah tempat mereka tinggal.

Di setiap kabupaten terdapat 300 rumah tangga yang dibagi lagi ke dalam unit desa. Di setiap desa akan diambil 75 rumah tangga sebagai responden. Dari jumlah sampel yang diambil dalam penelitian ini, berdasarkan tabel Gallup, sampling erornya adalah 5% dengan tingkat kepercayaan 95% (Eriyanto, 1999: 149)

Responden pada tingkat rumah tangga yang akan diwawancarai adalah perempuan yang mempunyai anak bayi di bawah tiga tahun untuk diwawancarai dengan pertanyaan-pertanyaan mengenai akses dan pelayanan kesehatan umum maupun kesehatan reproduksi.

Hasil survei akan diolah menggunakan perangkat lunak komputer program SPSS, dan kemudian hasilnya akan ditampilkan dalam tabel frekuensi dan tabel silang antara variabel pemanfaat pelayanan dengan variabel karakteristik.

### **Populasi dan Sampel**

Populasi studi ini adalah kelompok masyarakat (desa) miskin khususnya perempuan. Studi ini dilakukan dua tahap.

Pada tahap pertama dilaksanakan di empat kabupaten yaitu:

1. Surakarta
2. Lombok Tengah
3. Indramayu
4. Jembrana

Sedangkan tahap ke dua dilaksanakan di tiga kabupaten yaitu:

1. Lebak
2. Lampung Utara
3. Sumba Barat

Pemilihan dua kabupaten yaitu Surakarta dan Jembrana dilakukan secara *purposif* berdasarkan pada pertimbangan kebijakan Pemda yang menguntungkan pada masyarakat. Sedangkan dua kabupaten lagi yaitu Indramayu dan Lombok Tengah dipilih karena memiliki indeks kemiskinan tertinggi di Indonesia berdasarkan data SMERU. Sedangkan tiga kabupaten lagi dipilih berdasarkan tingginya proporsi keluarga miskin, rendahnya akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan, dan rendahnya derajat kesehatan masyarakat (Lebak, Lampung Tengah, dan Sumba Barat).

Karakteristik sampel adalah perempuan yang mempunyai anak usia di bawah tiga tahun (Batita) yang diambil di dua wilayah miskin masing-masing di wilayah kota dan desa di kabupaten/kota terpilih, kondisi wilayah miskin didasarkan pada indikator

kemiskinan dari data SMERU (indeks kemiskinan per desa yang dibuat dari angka proyeksi, semakin tinggi indeksnya semakin miskin desa tersebut). Pemilihan ibu yang memiliki batita didasarkan pada pertimbangan supaya bisa mendapatkan informasi pemanfaatan pelayanan kesehatan sebanyak mungkin (KIA, KB, Kesehatan Reproduksi, dll), tidak hanya pemanfaatan fasilitas kesehatan saat sakit. Pertimbangan lainnya untuk memilih ibu dengan batita adalah untuk mengurangi *recall bias*.

### Langkah-langkah Pemilihan Sampel sbb:

1. Di setiap kabupaten dipilih dua kecamatan
  - 1) Kecamatan pertama adalah kecamatan yang menjadi pusat pemerintahan kabupaten
  - 2) Kecamatan ke dua adalah kecamatan miskin dengan Human Development Index (HDI) dan Human Poverty Index (HPI) terendah (data 2002)
2. Di tingkat kecamatan dilakukan stratifikasi terhadap desa
  - 1) Desa yang berada di pusat kecamatan
  - 2) Desa miskin yang letaknya bukan merupakan pusat kecamatan
3. Di tingkat desa dilakukan pemilihan 10 RW atau dukuh secara acak, kemudian dilakukan pendataan terhadap keluarga yang memiliki batita.
4. Di tingkat RW/Dukuh dilakukan pemilihan tujuh sampai delapan keluarga yang memiliki batita secara acak.

### Perhitungan Besar Sampel

Perhitungan jumlah sampel dilakukan dengan menggunakan rumus perhitungan besar sampel untuk uji berbeda dua proporsi, dimana perbedaan proporsi yang ingin dideteksi adalah 10% dan tingkat kepercayaan 95% (Z-alpha 1.96) serta kekuatan uji 80% (Z-beta 0.84) maka didapatkan jumlah sampel minimal adalah 300 responden (Lwanga dan Lemeshow, 1996), dengan rumus sbb:

$$n = \frac{\{ z_{\alpha} \sqrt{2P(1-P)} + z_{\beta} \sqrt{P1(1-P1) + P2(1-P2)} \}^2}{(P1 - P2)^2} = \frac{\{ 1.96 \sqrt{2 * .55(1-.55)} + .84 \sqrt{.5(1-.5) + .6(1-.6)} \}^2}{(0.1)^2} = 300$$

### Keterangan:

- P1 = Proporsi pemanfaatan pelayanan kesehatan pada kelompok yang aksesnya kurang (diasumsikan 50%)
- P2 = Proporsi pemanfaatan pelayanan kesehatan pada kelompok yang aksesnya baik (perbedaan proporsi yang ingin dideteksi adalah 10%, maka P2 diasumsikan 60%)
- P = Proporsi rata-rata (P1 + P2) / 2 (P1=50% dan P2=60, maka P = 55%)

Karena hasil penelitian ini akan digunakan untuk mendapatkan gambaran (generalisasi) pada tingkat kabupaten, maka jumlah sampel untuk masing-masing kabupaten adalah 300 responden. Sehingga total sampel untuk tujuh kabupaten adalah 2.100 responden.

## Lokasi Penelitian Tahap I

### Kota Surakarta

Kota Surakarta dipilih sebagai salah satu wilayah penelitian dengan pertimbangan keberadaan *stakeholder*, termasuk di dalamnya pemerintah daerah yang proaktif terhadap upaya-upaya untuk perbaikan kesehatan perempuan. Hal ini dapat dilihat dari adanya alokasi anggaran yang memadai bagi kesehatan perempuan dan anak. Surakarta juga memiliki angka persentase rendah dalam hal ketersediaan tenaga penolong persalinan.

### Kecamatan yang Dipilih:

#### A. Kecamatan Banjarsari (*Ibukota Kabupaten*)

Kecamatan Banjarsari dipilih karena merupakan ibukota kabupaten, dimana memiliki ketersediaan fasilitas kesehatan yang lebih lengkap dibandingkan dengan kecamatan lainnya. Kecamatan ini juga tergolong memiliki angka tingkat kemiskinan yang rendah didasarkan pada indikator kemiskinan dari data SMERU, yakni sebesar 0,103035.

##### 1. Desa Kestalan (Desa-Kota)

Desa ini dipilih karena merupakan daerah pusat pemerintahan dari Kecamatan Banjarsari. Dari sisi perekonomian, desa Kestalan tergolong cukup baik, memiliki tingkat kemiskinan 0,045658 (Kondisi paling rendah tingkat kemiskinannya).

##### 2. Desa Gilingan (Desa-Desa)

Desa Gilingan dipilih karena termasuk dalam kategori desa yang paling miskin di Kecamatan Banjarsari, dengan tingkat kemiskinan sebesar 0,123773.

#### B. Kecamatan Pasar Kliwon

Kecamatan ini terletak di daerah pinggiran Kota Surakarta (paling timur) dan tergolong sebagai daerah kumuh atau paling miskin di Kota Surakarta. Angka tingkat kemiskinan tercatat sebesar 0,126925 didasarkan pada indikator kemiskinan dari data SMERU.

##### 1. Desa Sangkrah (Desa-Kota)

Desa ini dipilih karena merupakan pusat kota (ibukota) tempat pemerintahan dari Kecamatan Pasar Kliwon. Desa Sangkrah tergolong memiliki tingkat kemiskinan paling tinggi, yakni sebesar 0,208836.

##### 2. Desa Semanggi (Desa-Desa)

Desa ini dipilih karena tergolong sebagai desa miskin dengan tingkat kemiskinan sebesar 0,138671. Desa ini juga terkenal dengan keberadaan lokalisasi Pekerja Seks Komersial (PSK) yang cukup besar, selain itu juga memiliki masalah kesehatan yang tergolong banyak.



## Kabupaten Jembrana

Kabupaten Jembrana dipilih sebagai wilayah penelitian berdasarkan alasan bahwa pemerintah daerah secara inovatif telah melakukan revisi terhadap pola penganggaran sehingga mempunyai skema biaya kesehatan gratis kepada masyarakat. Meskipun dalam hal ini pemerintah daerah Jembrana tidak mendesain kebijakan tersebut berdasarkan perspektif gender, namun kebijakan yang telah diimplementasikan memberi dampak positif terhadap kaum perempuan.

### Kecamatan yang Dipilih:

#### A. *Kecamatan Negara*

Kecamatan ini dipilih karena merupakan ibukota kecamatan Kabupaten Jembrana

##### 1. **Desa Baler Bale Agung** (Desa-Kota)

Desa ini dipilih karena merupakan desa yang menjadi ibukota kecamatan negara dengan tingkat kemiskinan 0,104.

##### 2. **Desa Tegal Badeng Timur** (Desa-Desa)

Desa Tegal Badeng Timur merupakan desa paling miskin di kecamatan negara dengan tingkat kemiskinan 0,421.

#### B. *Kecamatan Melaya*

Kecamatan ini dipilih karena merupakan kecamatan yang paling miskin dibanding ketiga kecamatan lainnya dengan angka kemiskinan didasarkan pada indikator kemiskinan dari data SMERU.

##### 1. **Desa Melaya** (Desa-Kota)

Desa ini dipilih karena merupakan desa yang menjadi ibukota di kecamatan ini. Selain itu, desa ini juga merupakan desa yang mempunyai tingkat kemiskinan yang rendah di Kecamatan Melaya, yaitu 0,174.

##### 2. **Desa Candikusuma** (Desa-Desa)

Desa Candikusumo merupakan desa paling miskin di wilayah Kecamatan Melaya, dengan tingkat kemiskinan 0,351.

## Kabupaten Lombok Tengah

Kabupaten Lombok Tengah merupakan kabupaten dengan rangking HDI terendah dari semua kabupaten dan kota yang ada di propinsi NTB, yaitu 338. Kabupaten ini juga memiliki rangking HPI ke dua paling bawah dari semua kabupaten dan kota di propinsi NTB dengan angka 298.



## Kecamatan yang Dipilih:

### A. Kecamatan Praya

Kecamatan Praya dipilih karena merupakan pusat pemerintahan dan perdagangan di Kabupaten Lombok Tengah, dengan tingkat kemiskinan 0,354834 didasarkan pada indikator kemiskinan dari data SMERU. Selain itu, kabupaten ini juga memiliki tempat fasilitas kesehatan yang cukup lengkap seperti rumah sakit, apotek, dan lain-lain dibandingkan kecamatan lainnya.

#### 1. Kelurahan Praya (Desa-Kota)

Kelurahan ini dipilih karena merupakan kelurahan yang menjadi pusat Kecamatan Praya dengan tingkat kemiskinan sebesar 0,341465. Penduduk di kelurahan ini merupakan representasi dari penduduk dengan tingkat pendapatan menengah dan tingkat pendidikan yang cukup tinggi. Selain itu, Kelurahan ini juga cukup bagus dalam menerima informasi kesehatan sehingga menjadi pembanding kelurahan yang lain.

#### 2. Desa Gerunung (Desa-Desa)

Desa Gerunung ini dipilih karena merupakan kelurahan pinggiran dari Kecamatan Praya. Penduduk desa ini termasuk kelurahan cukup miskin, dengan angka kemiskinan 0,433327 meskipun berada di kecamatan ibukota kabupaten.

### B. Kecamatan Pujut

Kecamatan ini dipilih karena merupakan kecamatan termiskin di antara kecamatan lainnya di Kabupaten Lombok Tengah dengan angka 0,550074. Menurut data dari Dinas Kesehatan Lombok Tengah, Kecamatan Pujut ini mempunyai angka tertinggi tentang busung lapar. Selain itu, kecamatan ini juga mempunyai beberapa permasalahan. Sebagian besar dari daerah ini merupakan lahan kering terbanyak dengan masa panen padi hanya satu kali setahun (Berdasarkan observasi). Selain masalah tersebut, banyak masalah mengenai pekerja yang tidak dibayar di kecamatan ini (Data BPS NTB).

#### 1. Desa Sengkol (Desa-Kota)

Desa ini dipilih karena merupakan pusat Kecamatan Pujut. Selain itu, desa ini termasuk desa miskin dengan angka kemiskinan yang cukup tinggi yaitu 0,523636 didasarkan pada indikator kemiskinan dari data SMERU, karena termasuk daerah kering dengan masa panen padi hanya satu kali setahun. Di desa ini juga terdapat jumlah kasus busung lapar yang cukup tinggi. (Data Dinas Kesehatan Lombok Tengah)

#### 2. Desa Ketare (Desa-Desa)

Desa ini dipilih karena merupakan desa pinggiran dari Kecamatan Pujut. Desa ini termasuk desa miskin dengan lahan kering hampir 80% dengan angka kemiskinan 0,653546 didasarkan pada indikator kemiskinan dari data SMERU. Desa ini tidak memiliki akses kesehatan, seperti Puskesmas dan lain-lain.

## Kabupaten Indramayu

Kabupaten ini dipilih karena pemasok *trafficking* terbesar di Indonesia setelah NTB dan Jawa Timur. Selain itu, Kabupaten ini mempunyai tingkat *Gender-related Development Index* (GDI) yang cukup rendah, yaitu 325, *Gender Empowerment Measure* (GEM): 278, HDI: 303, HPI-254. Kabupaten ini juga memiliki waktu lama sekolah yang paling rendah di Jawa Barat. Kabupaten ini juga memiliki Angka Kematian Bayi (AKB) tertinggi setelah Subang.

### Kecamatan yang Dipilih:

#### A. Kecamatan Indramayu

Kecamatan ini dipilih karena merupakan pusat Kota Indramayu yang memiliki fasilitas kesehatan lengkap. Kecamatan Indramayu tergolong memiliki tingkat kemiskinan rendah yakni sebesar 0,233416 didasarkan pada indikator kemiskinan dari data SMERU.

##### 1. Kelurahan Karanganyar (Desa-Kota)

Daerah ini dipilih karena merupakan pusat pemerintahan dari Kecamatan Indramayu.

##### 2. Pekandangan Jaya (Desa-Desa)

Daerah ini dipilih sebagai daerah penelitian karena tergolong paling miskin dengan tingkat kemiskinan sebesar 0,347032.

#### B. Kecamatan Cikedung

Kecamatan ini dipilih karena merupakan desa yang miskin dengan tingkat kemiskinan sebesar 0,235668 didasarkan pada indikator kemiskinan dari data SMERU. Selain itu di kecamatan ini terdapat area lokalisasi PSK, sehingga menarik untuk dilihat bagaimana fasilitas layanan kesehatan yang tersedia dan juga kebijakan kesehatan yang diterapkan di desa tersebut guna meminimalkan potensi pengidap HIV/AIDS.

##### 1. Desa Cikedung (Desa-Kota)

Desa ini dipilih sebagai wilayah penelitian karena merupakan pusat pemerintahan dari Kecamatan Cikedung dan tergolong miskin dengan tingkat kemiskinan sebesar 0,242738. Di wilayah ini juga terdapat tempat lokalisasi PSK.

##### 2. Desa Amis (Desa-Desa)

Desa ini dipilih sebagai wilayah penelitian karena tergolong paling miskin dengan tingkat kemiskinan sebesar 0,400722.

### Catatan:

Data indeks kemiskinan yang digunakan sebagai acuan dalam penentuan daerah penelitian di atas bersumber dari hasil penelitian SMERU tahun 2000. Semakin tinggi indeks semakin miskin desa tersebut.

## Lokasi Penelitian Tahap II

### Kabupaten Lampung Utara

Kabupaten Lampung Utara dipilih sebagai lokasi penelitian karena memiliki proporsi penduduk miskin cukup tinggi yaitu sebesar 33,81% dan proporsi penduduk tanpa akses ke fasilitas kesehatan yang juga cukup tinggi yaitu sebesar 49,1%. Selain itu capaian Linakes baru sebesar 60,83%, masih di bawah capaian Linakes Nasional yaitu sebesar 65% (SDKI, 2002-2003). AKB di Kabupaten Lampung Utara juga masih cukup tinggi yaitu 46,9/1000 kelahiran hidup yang berarti di atas AKB Nasional menurut SDKI 2002 – 2003 yaitu 35/1000 kelahiran hidup.

### Kabupaten Lebak

Kabupaten Lebak memiliki kondisi kesehatan yang menarik untuk diteliti. Capaian Linakes masih jauh di bawah Linakes Nasional yaitu 36,3%, AKB yang tinggi yaitu 59,9/

**Tabel 1.5.**  
**Lokasi Survei Kabupaten/Kota, Kecamatan dan Desa**

No.	Kabupaten	Kecamatan	Desa + RW + No. Urut
1.	Kota Surakarta	1. Banjar Sari (Kota) 2. Pasar Kliwon (Desa)	1. Gilingan (Desa-Kota) 2. Kestalan (Desa-Desa) 3. Sangkrah (Desa-Kota) 4. Semanggi (Desa-Desa)
2.	Kabupaten Jembrana	1. Negara (Kota) 2. Melaya (Desa)	1. Baler Bale Agung (Desa-Kota) 2. Tegal Badeng Timur (Desa-Desa) 3. Melaya (Desa-Kota) 4. Candikusuma (Desa-Desa)
3.	Kabupaten Lombok Tengah	1. Praya (Kota) 2. Pujut (Desa)	1. Praya (Desa-Kota) 2. Gerunung (Desa-Desa) 3. Sengkol (Desa-Kota) 4. Ketare (Desa-Desa)
4.	Kabupaten Indramayu	1. Indramayu (Kota) 2. Cikedung (Desa)	1. Karang anyar (Desa-Kota) 2. Jaya (Desa-Desa) 3. Cikedung (Desa-Kota) 4. Amis (Desa-Desa)
5.	Kabupaten Lampung Utara	1. Kotabumi (Kota) 2. Sungkai Utara (Desa)	1. Kotabumi Ilir (Desa-Kota) 2. Cempedak (Desa-Desa) 3. Negara Ratu (Desa-Kota) 4. Hanakau Jaya (Desa-Desa)
6.	Kabupaten Lebak	1. Rangkasbitung (Kota) 2. Muncang (Desa)	1. Muara Ciujung Timur (Desa-Kota) 2. Desa Pasir Tanjung (Desa-Desa) 3. Desa Ciminyak (Desa-Kota) 4. Desa Cikarang (Desa-Desa)
7.	Kabupaten Sumba Barat	1. Waikabubak (Kota) 2. Lamboya (Desa)	1. Kodaka (Desa-Kota) 2. Kalimbukuni (Desa-Desa) 3. Kabukarudi (Desa-Kota) 4. Gaura (Desa-Desa)

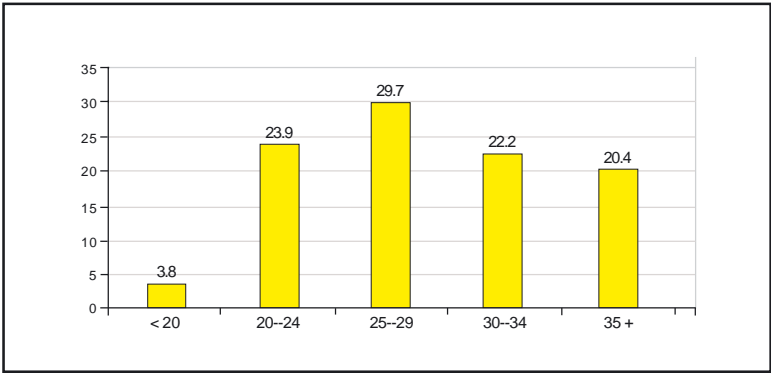
1.000 kelahiran hidup dan AKI yang juga tinggi yaitu 594/100.000 kelahiran hidup atau hampir dua kali lipat AKI Nasional yaitu 307/100.000 kelahiran hidup (SDKI 2002-2003). Meskipun proporsi penduduk miskin hanya sebesar 12,09% (dari 1,1 juta jiwa penduduk), namun Kabupaten Lebak memiliki proporsi penduduk tanpa akses ke fasilitas kesehatan yang tinggi yaitu 52,5%. Bahkan tahun 2006, Lebak ditetapkan menjadi daerah binaan Kementerian Percepatan Pembangunan Daerah Tertinggal ([www.kompas.com](http://www.kompas.com). *Saijah-Adinda dan Potret Kemiskinan di Banten. Selasa, 5 Desember 2006*).

**Kabupaten Sumba Barat**

Kabupaten Sumba Barat potensial menjadi wilayah penelitian karena selain memiliki proporsi penduduk miskin cukup tinggi yaitu 42,04%, juga memiliki proporsi penduduk tanpa akses ke fasilitas kesehatan yang tinggi yaitu 55,5%. Selain itu capaian Linakes hanya 29,2%, atau setengah dari capaian Linakes Nasional dan AKB yang cukup tinggi yaitu 59/1000 kelahiran hidup.

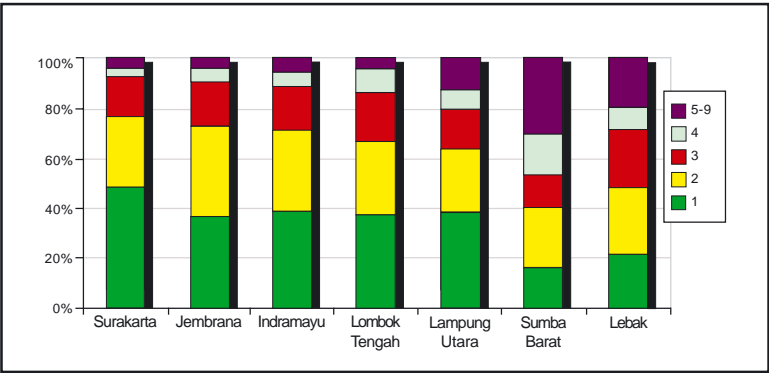
**5. Karakteristik Responden**

**Grafik 1.9.**  
**Distribusi Umur Responden**



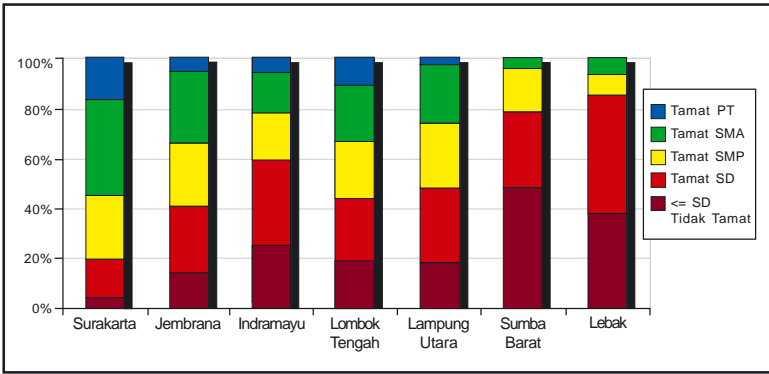
Sebagian besar responden berumur antara 20 sampai 29 tahun. Umur minimum adalah 15 tahun dan maksimum adalah 54 tahun. Walaupun sampel yang dipilih adalah rumah tangga dengan batita, ternyata masih ada responden yang berusia di atas 40 tahun. Responden yang berumur diatas 40 tahun ini merupakan pengasuh dari Balita yang ada di rumah, bukanlah orang tua kandung dari Batita, pengasuh tersebut adalah nenek atau bibinya, sementara ibunya sendiri sedang bekerja di luar rumah.

**Grafik 1.10.**  
**Jumlah Anak**



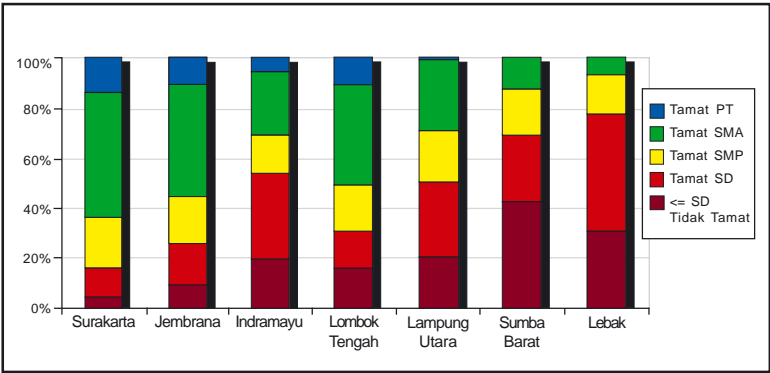
Sebagian besar responden memiliki anak antara satu sampai dua orang. Distribusi ini berbeda antar wilayah, ada kecenderungan di Lombok Tengah dan Indramayu lebih banyak jumlah anaknya, sebanyak 14% responden di Lombok Tengah dan 11% di Indramayu memiliki anak empat orang atau lebih.

**Grafik 1.11.**  
**Pendidikan Responden**



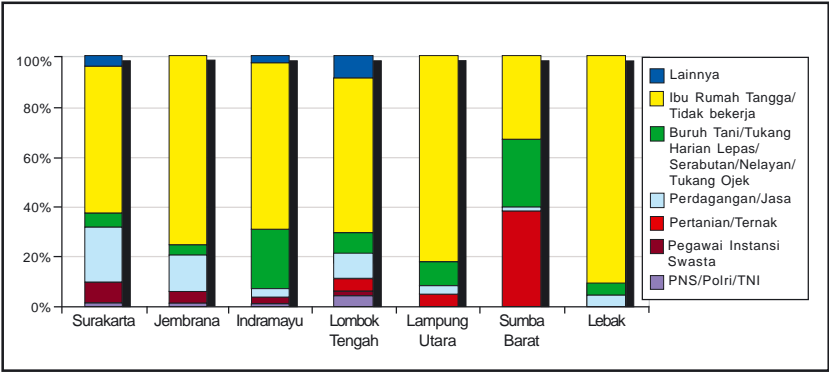
Tingkat pendidikan responden sangat berbeda antar wilayah, di Lombok Tengah pada umumnya responden berpendidikan rendah (tidak sekolah/tamat SD), di Jembrana pada umumnya berpendidikan menengah (SD, SMP, SMU hampir sama persentasenya). Di Surakarta umumnya berpendidikan relatif tinggi (lebih dari separuhnya adalah tamat SMA atau Perguruan Tinggi).

**Grafik 1.12.**  
**Pendidikan Suami**



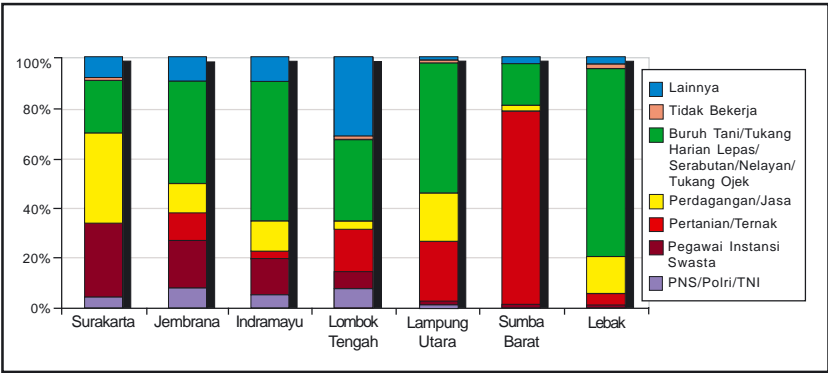
Berbeda halnya dengan tingkat pendidikan istri, untuk pendidikan suami pada umumnya lebih tinggi dari istri dan pola ini hampir sama di tiap wilayah. Ada juga kecenderungan di Lombok Tengah dan Indramayu pada umumnya suami responden berpendidikan rendah (tidak sekolah/SD), sedangkan di Jembrana dan Surakarta berpendidikan menengah atau atas (SMA/Perguruan Tinggi).

**Grafik 1.13.**  
**Pekerjaan Responden**



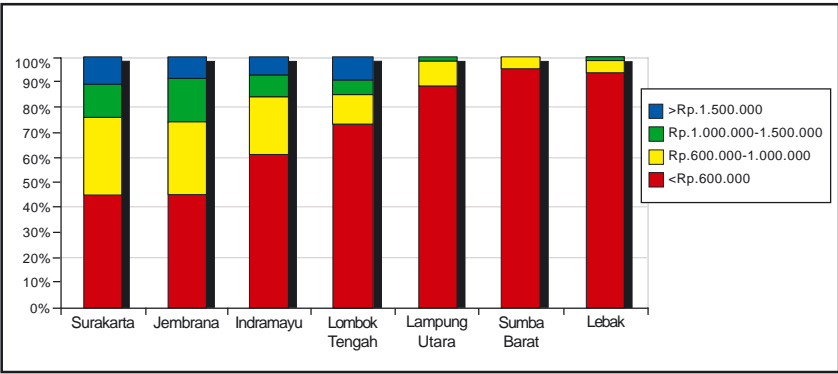
Sebagian besar pekerjaan responden adalah ibu rumah tangga atau tidak bekerja, dan fenomena ini hampir sama di tiap wilayah, walaupun ada kecenderungan di Jembrana dan Surakarta banyak yang berkerja di bidang perdagangan atau jasa. Hal ini mungkin terkait dengan kondisi Surakarta yang merupakan daerah perkotaan.

**Grafik 1.14.**  
**Pekerjaan Suami**



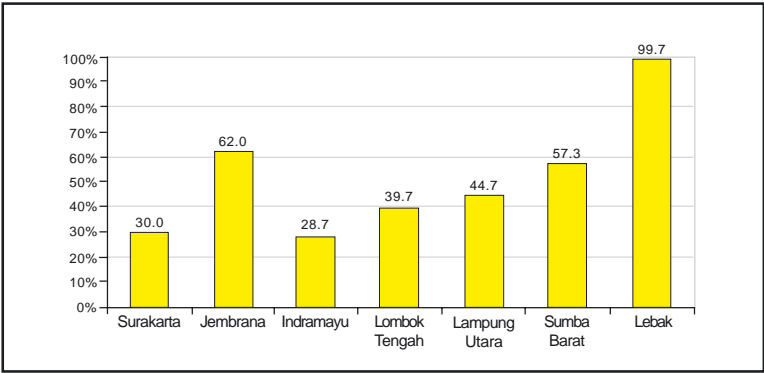
Berbeda halnya dengan pekerjaan istri yang hampir sama di tiap wilayah, sedangkan pekerjaan suami terlihat perbedaan yang menyolok antar wilayah. Di Surakarta suami lebih banyak bekerja di bidang perdagangan atau jasa dan pegawai swasta. Di Jembrana suami lebih banyak bekerja sebagai buruh tani/tukang harian/nelayan/tukang ojek dan pegawai swasta. Sedangkan di Lombok Tengah suami lebih banyak bekerja sebagai buruh tani/tukang harian/nelayan/tukang ojek dan bidang pertanian/peternakan serta lainnya

**Grafik 1.15.**  
**Penghasilan Keluarga**



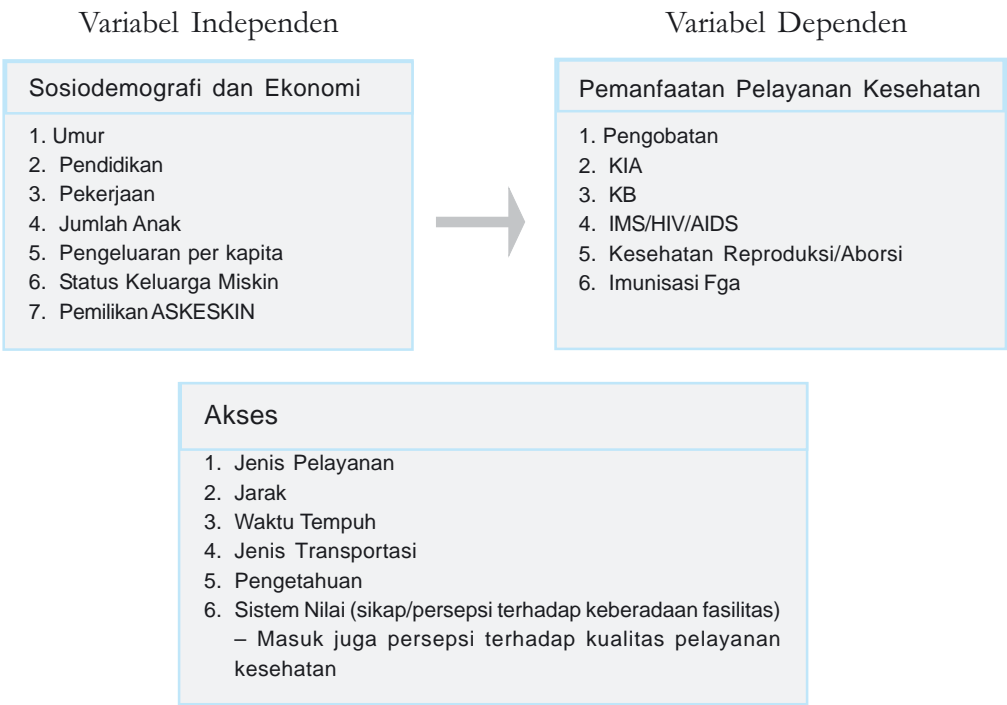
Tingkat ekonomi responden diukur dengan dua pertanyaan berbeda, pertama dengan menanyakan penghasilan dan ke dua menanyakan pengeluaran makanan dan bukan makanan, yang kemudian dikelompokkan berdasarkan nilai kuartil. Hasil survei ini konsisten dengan survei lainnya yang memperlihatkan bahwa penghasilan yang dilaporkan oleh responden lebih rendah daripada pengeluarannya. Pola ini hampir sama di setiap wilayah. Sehingga untuk analisis selanjutnya akan lebih akurat jika menggunakan data pengeluaran rumah tangga sebagai basis untuk melihat tingkat ekonomi responden.

**Grafik 1.16.**  
**Memiliki Kartu Jaminan Pelayanan Kesehatan**  
**(Askeskin/SKTM/BLT/JKJ)**



Distribusi kepemilikan kartu jaminan kesehatan hampir sama antara Surakarta dan Lombok Tengah, pada umumnya mereka tidak memiliki, hanya satu dari lima responden yang memiliki Askeskin. Berbeda halnya dengan di Jembrana, kartu jaminan kesehatan yang dimiliki oleh responden adalah dalam bentuk Jaminan Kesehatan Jembrana (JKJ). Hal ini sesuai dengan kebijakan Pemda Jembrana untuk memberikan pelayanan kesehatan dasar dengan biaya terjangkau.

**6. Kerangka Konsep dalam Penelitian**





## 7. Definisi Operasional

### Variabel Dependen: Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Dasar

Pelayanan Kesehatan Dasar meliputi:

1. Pengobatan
2. KIA
3. KB
4. PMS/HIV/AIDS
5. Kesehatan Reproduksi/Aborsi
6. Imunisasi

**Tabel 1.6.**  
**Variabel Dependen: Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Dasar**

No.	Variabel	Definisi	Cara dan Alat Ukur	Hasil Ukur/Skala Ukur
1.	Pemanfaatan Pelayanan Pengobatan	Mendapatkan Pelayanan pengobatan modern jika ada keluhan atau sakit (tidak termasuk pengobatan tradisional)	Dengan kuesioner menanyakan kepada responden tentang keluhan kesehatan (sakit) yang pernah dialami oleh anggota keluarga dalam 3 (tiga) bulan terakhir, dan pelayanan kesehatan yang didapat	1. Memanfaatkan pelayanan pengobatan modern 2. Tidak memanfaatkan pengobatan modern
2.	Pemanfaatan Pelayanan KIA (paling lama 3 tahun untuk ibu yang punya Batita)	Memanfaatkan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak saat hamil, bersalin, nifas, dan neonatal	Dengan kuesioner menanyakan kepada responden tentang pemanfaatan pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak antara lain: 1. ANC (Ante Natal Care) minimal empat kali, 2. Persalinan oleh Nakes, 3. Perawatan Nifas, 4. Kunjungan Neonatal oleh Nakes	Untuk masing-masing pelayanan KIA: 1. Ya, mendapatkan 2. Tidak
3.	Pemanfaatan Pelayanan KB	Memakai alat Keluarga Berencana (KB) modern	Dengan kuesioner menanyakan kepada responden apakah saat ini menggunakan metode/alat/obat kontrasepsi modern (kondom, pil, suntik, IUD, Implant, Operasi)	1. Tidak pakai 2. Kondom 3. Pil 4. Suntik 6. Implant 5. IUD 7. MOW/P
4.	Pemanfaatan Pelayanan STI/HIV/AIDS	Mendapatkan Pelayanan STI/HIV/AIDS (dalam bentuk pemberian informasi atau konseling oleh petugas kesehatan)	Dengan kuesioner menanyakan kepada responden apakah pernah mendapatkan informasi atau konseling oleh petugas kesehatan tentang STI/HIV/AIDS	1. Ya 2. Tidak
5.	Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Reproduksi/aborsi	Mendapatkan Pelayanan Kesehatan Reproduksi/aborsi apabila membutuhkan	Dengan kuesioner menanyakan kepada responden apakah pernah mempunyai keinginan untuk menggugurkan kandungan? Dan di mana mendapatkan pelayanan tersebut?	1. Ya 2. Tidak
6.	Pemanfaatan Imunisasi	Mendapatkan Imunisasi lengkap bagi Ibu Hamil dan Bayi	Dengan kuesioner menanyakan kepada responden apakah saat hamil mendapatkan imunisasi TT dan saat bayi mendapatkan imunisasi lengkap (BCG, DPT1-3, Polio1-3, Campak), (perlu juga diverifikasi dengan KMS)	Untuk setiap jenis Imunisasi: 1. Ya 2. Tidak

## Variabel Independen: Akses terhadap Pelayanan Kesehatan

Akses adalah:

1. Jenis Pelayanan Kesehatan
2. Jarak Tempuh
3. Waktu Tempuh
4. Jenis Alat Transportasi
5. Pengetahuan dan Sistem Nilai

**Tabel 1.7.**  
**Variabel Independen: Akses terhadap Pelayanan Kesehatan**

No.	Variabel	Definisi	Cara dan Alat Ukur	Hasil Ukur
1.	Jenis fasilitas pelayanan kesehatan yang tersedia	Fasilitas pelayanan kesehatan yang tersedia di wilayah tersebut: 1. Posyandu 2. Pos KB 3. Polindes 4. Mantri/Perawat 5. Bidan Praktek 6. Dokter Praktek 7. Puskesmas Pembantu 8. Puskesmas 9. Poliklinik 10. RS Pemerintah 11. RS Swasta 12. Dukun/Pengobatan Tradisional	Dengan kuesioner menanyakan kepada responden fasilitas pelayanan kesehatan yang tersedia di wilayah tersebut:  (cukup tersedia atau tidak saja)  Informasi yang lebih spesifik a.l: jenis tenaga kesehatan yang ada atau jenis pelayanan yang diberikan akan dilakukan observasi ke fasilitas terdekat  (Ini akan diobservasi)	1. Tersedia 2. Tidak
2.	Jarak Tempuh	Jarak tempuh ke fasilitas kesehatan terdekat dari rumah responden	Dengan kuesioner menanyakan kepada responden tentang jarak (... km) dan persepsi jarak tempuh untuk mencapai fasilitas kesehatan yang terdekat	Jarak: (...km) Persepsi Jarak: 1. Dekat 2. Sedang 3. Jauh
3.	Waktu Tempuh	Waktu tempuh untuk mencapai fasilitas kesehatan terdekat dari rumah responden	Dengan kuesioner menanyakan kepada responden perkiraan rata-rata waktu tempuh (dalam menit) dari tempat tinggal ke fasilitas kesehatan terdekat)	...menit
4.	Jenis Alat Transportasi	Jenis alat transportasi yang bisa digunakan untuk mencapai fasilitas kesehatan terdekat	Dengan kuesioner menanyakan kepada responden alat transportasi yang bisa digunakan untuk mencapai fasilitas kesehatan terdekat	Pilihan boleh lebih dari satu: 1. Dokar/Andong 2. Ojek 3. Angkutan Umum 4. Lainnya
5.	Pengetahuan	Kemampuan untuk memahami pentingnya kesehatan bagi dirinya dan kebutuhan untuk mendapatkan pelayanan	Dengan kuesioner menanyakan kepada responden pengetahuan dan kebutuhan terhadap pelayanan kesehatan dasar di atas, kemudian akan dibuat skor dan dikelompokkan menjadi pengetahuan baik dan kurang	Pengetahuan 1. Baik 2. Kurang
6.	Sistem Nilai	Persepsi terhadap ketersediaan pelayanan kesehatan dan kualitas pelayanan tersebut	Dengan kuesioner menanyakan kepada responden persepsi tentang ketersediaan pelayanan kesehatan dan kualitas pelayanan tersebut	Sikap 1. Baik/ mendukung setuju 2. Kurang/tidak mendukung/tidak setuju

**Tabel 1.8.**  
**Variabel Dependen: Sosiodemografi dan Ekonomi**

No.	Variabel	Definisi	Cara dan Alat Ukur	Hasil Ukur
1.	Umur	Umur responden dalam tahun	Dengan kuesioner menanyakan kepada responden hari ulang tahun terakhir	...th
2.	Pendidikan Istri dan Pendidikan Suami	Tingkat pendidikan tertinggi yang ditamatkan oleh istri dan oleh suami	Dengan kuesioner menanyakan kepada responden apa jenjang pendidikan formal tertinggi yang ditamatkannya	1. SD atau lebih rendah 2. Tamat SMP 3. Tamat SMU 4. Tamat PT
3.	Pekerjaan Istri dan Pekerjaan Suami	Pekerjaan utama istri dan suami dalam 1 bulan terakhir untuk mendapatkan uang	Dengan kuesioner menanyakan kepada responden apa jenis pekerjaan utamanya untuk mendapatkan uang	1. Tidak bekerja/Ibu rumah tangga 2. Tani /Ternak/ Buruh/ Tukang 3. Jasa 4. Dagang/ Wiraswasta 5. PNS.TNI/Polri 6. Pegawai Swasta
4.	Jumlah Anak	Jumlah anak hidup yang dimiliki oleh responden	Dengan kuesioner menanyakan kepada responden berapa jumlah anak hidup yang dimiliki	... orang
5.	Pengeluaran per kapita	Pengeluaran rumah tangga untuk makanan (bulan terakhir) dan bukan makanan selama (6 bulan terakhir), dibagi dengan jumlah anggota rumah tangga	Dengan kuesioner menanyakan kepada responden berapa (rupiah) pengeluaran rumah tangga untuk makanan dan bukan makanan kemudian dibagi dengan jumlah anggota keluarga	...rupiah per kapita per bulan
6.	Status Keluarga Miskin	Keluarga yang menurut kategori BPS termasuk keluarga miskin apabila memenuhi 9 dari 14 indikator berikut:	Menanyakan kepada responden terkait indikator kemiskinan: (terlampir)	1. Miskin 2. Tidak Miskin

**Tabel 1.9.**  
**Indikator Kemiskinan BPS (2004)**

No.	Variabel	No. Kuesioner
1.	Keluarga yang luas lantai bangunan tempat tinggalnya < 8 m <sup>2</sup>	Q123 < 8
2.	Jenis lantai terluas bangunan tempat tinggalnya terbuat dari tanah/bambu/kayu murahan	Q122 > 1
3.	Jenis dinding terluas tempat tinggal terbuat dari bambu/rumbia/kayu berkualitas rendah/tembok tanpa diplester	Q121 > 1
4.	Bahan bakar untuk memasak sehari-hari adalah kayu bakar/arang/minyak tanah	Q124 > 1
5.	Hanya membeli satu stel pakaian baru dalam satu tahun	Q127 = 1
6.	Hanya sanggup makan sekurang-kurangnya satu atau dua kali dalam sehari (<= 2 )	Q126 < 3
7.	Tidak sanggup membayar biaya pengobatan di puskesmas atau poliklinik	Q128 > 1
8.	Sumber penghasilan kepala RT adalah petani dengan luas lahan (<) 0,5 Ha, buruh tani, nelayan, buruh bangunan, buruh perkebunan, atau pekerjaan lainnya dengan pendapatan rendah dengan penghasilan (<) Rp.600.000,- per bulan	Q114 < 0.5
9.	Pendidikan tertinggi kepala RT: tidak sekolah, tidak tamat SD atau hanya SD.	Q112 < 4
10.	Tidak memiliki tabungan atau barang yang mudah dijual dengan nilai minimal Rp.500.000,- seperti sepeda motor (non kredit), emas, ternak, kapal motor, atau barang modal lain.	Q129 > 1

BAB II

Mengapa Banyak Ibu Miskin Mati  
Karena Melahirkan



Seperti diketahui Indonesia sampai saat ini tercatat memiliki Angka Kematian Ibu Melahirkan (AKI) tertinggi di kawasan Asia Tenggara (307/100.000 kelahiran tahun 2006). Tingginya AKI merupakan cerminan dari ketidakberdayaan perempuan secara sosial, budaya dan politik, serta dalam masalah kesehatan reproduksi mereka. Dalam konteks kesehatan reproduksi, fenomena kematian ibu melahirkan tidak bisa dilepaskan dari berbagai aspek yang mempengaruhinya, yakni ketersediaan sarana kesehatan yang memadai, kualitas tenaga penolong persalinan, serta mekanisme rujukan saat terjadi masalah dalam persalinan.

Untuk memahami keberadaan tenaga penolong persalinan yang ada di masyarakat, kita dapat membedakan dalam dua kategori yaitu tenaga medis dan non medis. Sementara itu, Roy Tjiong lebih senang membedakannya menjadi tenaga penolong persalinan yang menggunakan metode modern dan tradisional.<sup>1</sup> Yang masuk dalam kategori tenaga medis adalah dokter dan bidan yang memiliki dasar pengetahuan dan keterampilan memadai untuk melakukan pertolongan persalinan dengan menerapkan metode pelayanan yang terstandarisasi. Adapun tenaga penolong persalinan non medis yang dimaksudkan di sini adalah dukun yang memberikan pelayanan kesehatan maupun pertolongan persalinan kepada masyarakat dengan cara-cara tradisional yang tidak terstandarisasi. Namun dalam kenyataannya keberadaan kedua jenis tenaga penolong persalinan ini masih eksis di masyarakat dan masing-masing memiliki segmen pasar tersendiri. Permasalahannya kemudian adalah manakah di antara dua jenis tenaga penolong persalinan tersebut yang dianggap mampu memberikan pertolongan persalinan yang aman bagi ibu melahirkan sehingga mampu meminimalkan resiko kematian ibu?

Terdapat beberapa perbedaan pendapat tentang siapakah tenaga penolong yang tepat pada persalinan, apakah tenaga kesehatan atau yang sering disebut tenaga medis yang terdiri atas dokter, bidan, perawat ataukah tenaga non medis seperti dukun? Tenaga kesehatan atau tenaga medis (dokter, bidan) dipercaya memiliki dasar pengetahuan dan keterampilan yang memadai untuk mampu menolong persalinan secara aman. Sementara itu, tenaga non medis (dukun) yang notebene tidak pernah mengenyam pendidikan formal tentang ilmu kebidanan diragukan kemampuannya dalam menolong persalinan. Hal ini dikaitkan dengan kemampuan dan keterampilan tenaga penolong persalinan saat menghadapi resiko adanya penyulit persalinan yang membawa resiko kematian pada ibu melahirkan.

Ninuk Widyantoro<sup>2</sup> berpendapat bahwa dukun beranak yang tidak pernah mengenyam pendidikan formal tentang dasar-dasar ilmu kebidanan, tidak layak menolong persalinan, terutama bila terkait dengan persalinan yang sulit. Hal itu dikaitkan dengan keterbatasan pengetahuan dukun, keterbatasan peralatan yang dimiliki, serta kemampuan melaku-

---

<sup>1</sup> Wawancara dengan Roy Tjiong, Kepala Komite Ahli Kesehatan Reproduksi (Head of Reproductive Health Expert Committee) di kantornya, 10 Oktober 2007.

<sup>2</sup> Wawancara dengan Ninuk Widyantoro, Pengurus Yayasan Kesehatan Perempuan, 8 Oktober 2007.

kan sterilisasi peralatan sesuai dengan standar minimum pelayanan yang ditetapkan oleh Dinas Kesehatan. Sehingga, dikhawatirkan keterbatasan pengetahuan dan keterampilan dukun ini berkontribusi pada meningkatnya resiko persalinan yang tidak aman dan pada akhirnya beresiko membawa pada kematian ibu melahirkan. Karenanya diperlukan upaya-upaya khusus untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dukun agar mampu menolong persalinan sesuai dengan standar pelayanan persalinan. Selain itu perlu dikembangkan kemitraan antara dukun dan bidan untuk bersama-sama melakukan pertolongan persalinan.

Sementara itu Roy Tjiong<sup>3</sup> tidak sependapat dengan anggapan bahwa tingginya angka AKI saat ini berkaitan dengan keberadaan dukun sebagai penolong persalinan. Menurut mereka, masing-masing tenaga penolong memiliki kelebihan dan kekurangan tersendiri. Misalnya, seorang dukun beranak yang notabene adalah perempuan berusia tua justru lebih berpengalaman dalam menolong persalinan dibandingkan dengan bidan yang baru lulus pendidikan. Mereka juga diakui memiliki kesabaran dan ketelatenan yang lebih dalam menolong pasiennya, jenis pelayanan yang diberikan dukun juga komplit mulai dari memijat, menolong persalinan, memandikan ibu dan anak, memasak, mencuci pakaian ibu yang kotor saat proses persalinan dan sebagainya. Sehingga seringkali dukun dipilih karena pertimbangan kemampuannya memberikan ketenangan psikologis kepada pasiennya. Yang perlu diwaspadai adalah penggunaan peralatan untuk menolong persalinan oleh dukun yang beragam sesuai dengan kebiasaan di daerahnya, misalnya ada yang menggunakan pisau, sembilu atau bahkan bambu yang diruncingkan untuk memotong tali pusar. Untuk hal ini menurut pendapat kedua ahli di atas yang diperlukan adalah pelatihan kepada dukun tentang cara-cara melakukan sterilisasi pada peralatan yang akan digunakan untuk menolong persalinan selain juga prosedur kebersihan standar seperti mencuci tangan sebelum menolong pasiennya.

Baik Roy, maupun Ninuk menggarisbawahi pentingnya mencermati faktor lain yang berkontribusi memperbesar resiko terjadi kematian pada ibu melahirkan yakni ketersediaan fasilitas kesehatan yang mudah diakses serta mekanisme rujukan yang tepat saat terjadi komplikasi ataupun penyulit persalinan. Kecepatan memperoleh rujukan ke fasilitas kesehatan saat terjadi penyulit persalinan, kecepatan dan ketepatan penanganan kondisi darurat persalinan berkorelasi erat dengan menurunnya tingkat resiko kematian ibu akibat persalinan. Bagaimanapun juga kondisi ibu hamil sebelum persalinan juga turut menentukan ada tidaknya faktor resiko dan penyulit persalinan. Misalnya, pengetahuan tentang kesehatan reproduksi, status gizi, keteraturan pemeriksaan kehamilan, dan juga kepatuhan mengonsumsi vitamin dan zat besi. Seluruh faktor ini saling terkait dalam menentukan keberhasilan upaya menurunkan resiko kematian ibu melahirkan.

---

<sup>3</sup> Wawancara dengan Roy Tjiong, Kepala Komite Ahli Kesehatan Reproduksi (Head of Reproductive Health Expert Committee) di kantornya, 10 Oktober 2007.



## 1. Bidan dan Tenaga Medis Penolong Persalinan

Kajian yang dilakukan Women Research Institute (WRI) pada perempuan Sumba Barat menunjukkan bahwa mereka biasa melakukan pemeriksaan kehamilan di Puskesmas, Posyandu maupun Polindes yang ada. Faktor jarak dan waktu tempuh mempengaruhi akses perempuan Sumba Barat ke tempat pelayanan kesehatan. Perempuan lebih memilih Posyandu dan Polindes yang ada di wilayah desa mereka daripada ke Puskesmas yang ada di ibu kota kecamatan, meskipun pelayanan Polindes dan Posyandu terbatas. Dari kunjungan pada beberapa Posyandu di Kecamatan Kota Waikabubak dan Kabukarudi, jumlah kedatangan perempuan berkisar antara 50-150 orang dan hanya sekitar 10-50% perempuan yang melakukan pemeriksaan kehamilan, selebihnya melakukan imunisasi dan pelayanan KB. Pelayanan ini dilakukan oleh Bidan Desa yang memiliki tugas memberikan pelayanan setiap jadwal Posyandu dalam wilayah kerja mereka. Jika Bidan Desa (Bides) berhalangan Puskesmas akan menggantikannya dengan mantri atau perawat. Jarang terjadi jika Bides berhalangan Posyandu akan digantikan dengan bidan juga. Bagi masyarakat, bidan maupun perawat yang memberikan pelayanan sama saja bagi mereka.

Definisi pemeriksaan kehamilan<sup>4</sup> adalah pemeriksaan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan seperti pengukuran tinggi atau berat badan, tekanan darah, pemeriksaan tinggi *fundus uteri* (bagian atas punggung rahim), imunisasi *tetanus toxoid* (TT), dan pemberian tablet besi. Hasil pengamatan yang didapatkan di lapangan bahwa metode pemeriksaan kehamilan yang biasa dilakukan bidan di Posyandu adalah melakukan pemeriksaan tekanan darah, berat badan ibu dan pemeriksaan keluhan-keluhan yang disampaikan ibu hamil. Pasca pemeriksaan, tidak ada obat yang diberikan kepada ibu hamil kecuali vitamin penambah darah berbentuk tablet yang diberikan secara gratis. Walaupun ada keluhan lain yang tidak mampu ditangani di Posyandu, maka ibu hamil akan dianjurkan untuk datang ke Puskesmas yang ada. Usai mengisi buku KIA, bidan telah selesai melakukan tugas pemeriksaan pada ibu hamil. Proses komunikasi dan pemberian informasi antara bidan dan ibu hamil, berlangsung sangat singkat.

Belum terbangunnya komunikasi dua arah antara bidan dan pasien, terlihat dari sedikitnya pertanyaan bahkan keingintahuan pasien terhadap keluhan-keluhan kehamilan yang mereka alami. Ironisnya, bidan seringkali hanya menjawab masalah yang biasa dialami perempuan hamil tanpa memeriksa terlebih dahulu keluhan itu. Seperti penuturan Ina Beki dari Desa Gaura:

“Saya malas melakukan pemeriksaan ke bidan, karena bidan sering tidak memperhatikan kami. Dia suka pusing jika melihat orang banyak dan pemeriksaan menjadi sangat lama di Posyandu.”<sup>5</sup>

<sup>4</sup> Profil Kesehatan Ibu dan Anak tahun 2006, Badan Statistik, Jakarta-Indonesia.

<sup>5</sup> Wawancara dengan Ina Beki, responden dari Desa Gaura, 19 Desember 2007

Rendahnya keingintahuan perempuan pada informasi kehamilan mereka memang sejalan dengan tingginya kasus komplikasi yang perempuan hadapi saat masa hamil. Kondisi ini dapat dilihat dari dua sisi, yakni petugas (bidan) yang belum secara intensif melakukan penyuluhan-penyuluhan kesehatan kepada perempuan. Pada sisi lainnya, rendahnya perempuan menangkap informasi kesehatan tersebut dapat juga disebabkan metode penyampaian yang tidak sesuai dengan kapasitas dan daya tangkap perempuan.

Sangat penting untuk melakukan evaluasi terhadap pengetahuan kesehatan reproduksi perempuan karena itu salah satu indikator penting yang jelas dampaknya pada semakin turunnya angka AKI, AKB dan resiko tinggi reproduksi perempuan. Sebaliknya, hasil pengamatan di lapangan menunjukkan bahwa petugas kesehatan cenderung mengabaikan itu, karena saat pemeriksaan di Posyandu, bidan sendiri memiliki beban yang cukup berat karena harus menangani puluhan pasien yang melakukan pemeriksaan kehamilan, imunisasi, dan KB.

Para perempuan sendiri mengaku tidak banyak informasi yang mereka dapatkan saat datang melakukan pemeriksaan ke Posyandu, bahkan informasi KB pun sangat jarang mereka ketahui. Hasil wawancara dengan beberapa responden yang tidak ingin menjadi akseptor KB, mereka lebih sering mendengar informasi bahaya akibat menggunakan alat kontrasepsi seperti suntikan, pil dan alat kontrasepsi lainnya dibandingkan manfaat dari alat kontrasepsi tersebut.

Sementara itu, di Lombok Tengah, pelayanan KIA meliputi pemeriksaan kehamilan, persalinan, dan nifas. Semua pelayanan kesehatan ini tersedia di Puskesmas, Polindes, dan sebagian Posyandu. Untuk pelayanan pemeriksaan kehamilan, sebagian besar perempuan hamil mendapatkannya di Posyandu. Kedekatan jarak tempuh, biaya murah, dan kontinuitas pemeriksaan kehamilan di Posyandu membuat mereka lebih memilih Posyandu, terutama pemeriksaan kehamilan secara gratis. Sekitar 17,5% perempuan hamil mengaku juga mendatangi Puskesmas, bidan maupun dokter. Akan tetapi biaya pemeriksaan yang harus mereka keluarkan cukup besar yaitu Rp. 10.000,- hingga Rp. 30.000,- untuk sekali pemeriksaan.

Pemeriksaan kehamilan diberikan bidan di Puskesmas, Polindes, dan Posyandu. Akses termudah didapatkan pada pelayanan Posyandu. Hal ini karena rutinitas kegiatan Posyandu dan jarak yang dekat. Sebanyak 69,9% responden di Lombok Tengah mengaku datang ke Posyandu karena faktor tersebut. Selain itu, tingginya tingkat kehadiran bidan pada jadwal Posyandu memacu para ibu hamil mendatangi Posyandu.

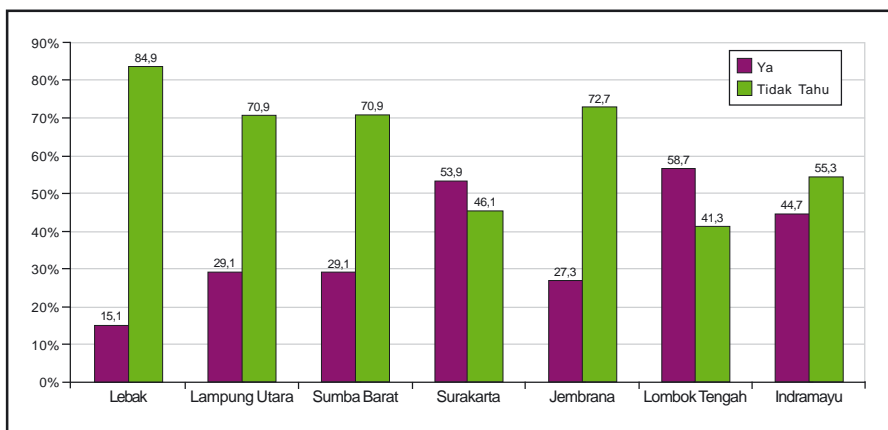
Pemeriksaan kehamilan yang dilakukan bidan biasanya meliputi pemeriksaan tekanan darah, berat badan ibu, dan pemeriksaan keluhan-keluhan yang disampaikan ibu hamil. Pasca pemeriksaan, tidak ada obat yang diberikan kepada ibu hamil kecuali vitamin penambah darah berbentuk tablet yang diberikan secara gratis. Kalau ada keluhan lain yang tidak mampu ditangani di Posyandu, maka ibu hamil akan dianjurkan untuk datang ke Polindes atau Puskesmas terdekat. Usai mengisi buku KIA, bidan selesai melakukan tugas pemeriksaan pada ibu hamil. Proses komunikasi dan pemberian informasi antara bidan dan ibu hamil umumnya berlangsung sangat singkat.



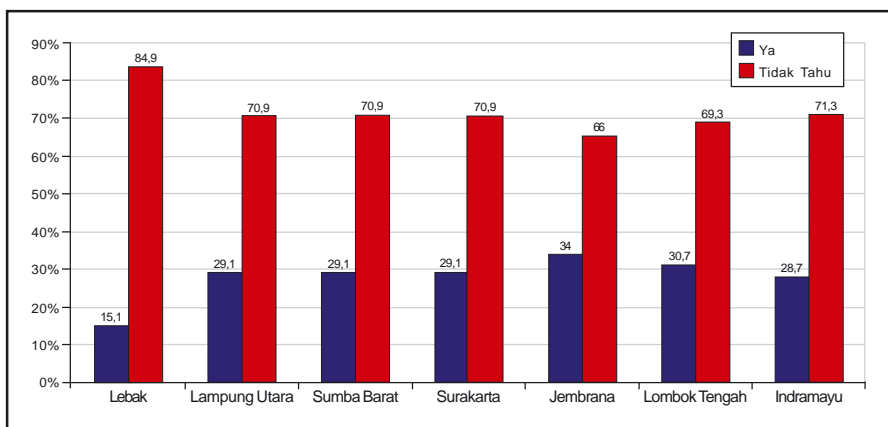
Hasil wawancara terhadap beberapa ibu hamil yang melakukan pemeriksaan di Posyandu menunjukkan tidak banyak penjelasan yang diberikan bidan saat melakukan pemeriksaan kehamilan. Terkadang ibu-ibu hamil hanya mendapatkan paket pemeriksaan tekanan darah dan berat badan saja. Pengetahuan mengenai komplikasi kehamilan belum pernah diberikan secara detail. Walaupun ibu hamil mengakui pernah mendapat informasi tersebut, mereka mengaku tidak terlalu paham dan lupa dengan penjelasan yang diberikan bidan. Kondisi ini sesuai dengan hasil survei WRI bahwa baru 50,3% perempuan hamil mendapatkan informasi tersebut dari tenaga kesehatan. Selebihnya, yaitu 49,7% mendapatkan dari sumber lain.

Grafik 2.1. merupakan hasil survei untuk mengetahui tingkat pengetahuan perempuan tentang masalah yang bisa menyebabkan resiko pada kehamilan, yang dilakukan di tujuh wilayah penelitian. Dengan membandingkan kondisi daerah perkotaan dan pedesaan.

**Grafik 2.1.**  
**Pengetahuan Masyarakat tentang Masalah (Perdarahan)**  
**yang Membahayakan Kehamilan di Daerah Perkotaan**



**Grafik 2.2.**  
**Pengetahuan Masyarakat tentang Masalah (Perdarahan) yang**  
**Membahayakan Kehamilan di Daerah Pedesaan**



Perdarahan adalah salah satu masalah yang sering terjadi pada proses persalinan. Tanpa penanganan yang tepat, perdarahan bisa menjadi faktor penyebab kematian pada ibu melahirkan. Ironisnya, pengetahuan tentang perdarahan sebagai salah satu masalah yang membuat persalinan beresiko justru sangat sedikit diketahui oleh responden. Dari hasil survei di atas menunjukkan bahwa sebagian besar perempuan, baik yang tinggal di daerah perkotaan maupun di daerah pedesaan, tidak mempunyai pengetahuan tentang masalah apa saja yang mampu meningkatkan resiko bahaya pada saat kehamilan. Hal itu sangat disayangkan mengingat pengetahuan kesehatan ini sangat penting untuk membantu ibu hamil melakukan deteksi dini terhadap berbagai kemungkinan komplikasi selama kehamilan dan persalinan yang akan mereka hadapi.

Sebagaimana ditemui di Lombok Tengah, masih ada sekitar 72,3% perempuan yang tidak tahu sama sekali tentang pengetahuan komplikasi atau hal-hal yang membahayakan ibu selama kehamilan. Sekitar 43% ibu hamil di Lombok Tengah tidak melakukan pemeriksaan saat hamil, persalinan dan nifas meskipun mereka pernah merasakan gejala komplikasi baik selama masa hamil, melahirkan, dan nifas. Sebagaimana ungkapan seorang ibu di Desa Ketare yang pernah mengalami kasus komplikasi saat hamil:

“Saya tidak punya uang untuk melakukan pemeriksaan kesehatan, dan keadaan ini hal biasa buat saya. Saya kuat menahan rasa sakitnya.”<sup>6</sup>

Fenomena kepasrahan ibu hamil dalam merespon ketidaktahuan dan kurangnya kesadaran kesehatan reproduksi ini, menjadi catatan yang perlu diubah. Pengetahuan kesehatan adalah hal sangat mendasar bagi perubahan perilaku maupun penurunan angka kematian ibu dan anak.

### Mutiara

*“Masih Rendahnya Akses Tenaga Kesehatan Perempuan Lombok Tengah Dalam.”*

Mutiara dilahirkan 35 tahun yang lalu di sebuah lingkungan bernama Rancak, letaknya berjarak sekitar 3 km dari pusat Kelurahan Praya, Kecamatan Praya, Kabupaten Lombok Tengah. Karena letaknya yang terpencil di ujung kelurahan, membuat rumah Mutiara cukup sulit ditemukan. Lingkungan Rancak berada di belakang perumahan BTN Rancak, lingkungan ini terlihat sangat kontras, di depannya berdiri bangunan permanen dengan kondisi sangat layak, sedangkan di belakang *berjejeran* pemukiman asli lingkungan Rancak, yang kondisinya kumuh. Sejauh mata meman-

<sup>6</sup> Wawancara Marian dari Dusun Embung Rungkas, Desa Ketare, 19 April 2007.

dang, terlihat kandang sapi, kuda, dan ayam yang letaknya sangat dekat dengan pemukiman, ditambah letak rumah berdekatan satu sama lain dengan pembatas halaman yang sempit. Lingkungan ini sering dijuluki sebagai lingkungan “*Kumis*”, maksudnya kumuh dan miskin.

Mutiara telah memiliki tiga orang anak yang sudah mulai bersekolah, anak pertamanya sekarang duduk di kelas 1 SMP dan yang kedua duduk di bangku sekolah dasar, dan anak terakhirnya belum genap berusia tiga tahun. Tetapi dalam sejarah kehamilannya, Mutiara pernah hamil sebanyak empat kali, tetapi satu kali kehamilannya berakhir dengan keguguran.

Saat kehamilan yang pertama, Mutiara tidak mengetahui bahwa saat itu ia sedang mengandung. Meskipun, Mutiara menyadari bahwa selama tiga bulan belum juga menstruasi dan ia mengetahui bahwa itu adalah tanda-tanda kehamilan. Mutiara tetap melakukan kegiatannya seperti biasa. Suatu hari perutnya terasa sangat sakit dan suhu badannya terasa sangat panas. Keadaan ini dialaminya selama dua hari dan akhirnya suami Mutiara mengantarnya ke Puskesmas Praya untuk memeriksakan diri, setiba di Puskesmas, petugas menanyakan keadaan yang terjadi kepada Mutiara, dan ia pun menjawab seperti kondisinya dua hari yang lalu. Usai menjawab keadaannya, petugas puskesmas kemudian memberikannya suntikan dan obat yang harus diminum Mutiara.

Menjelang malam, Mutiara sangat terkejut bercampur takut melihat darah yang mengucur ibarat kencing dari jalan lahirnya. Karena sangat takut, suami Mutiara memanggil seorang dukun yang biasa menangani persalinan di lingkungan Rancak untuk memeriksa keadaan Mutiara. Dukun kemudian memijat bagian-bagian tertentu dari perut Mutiara dan kemudian berkata, bahwa Mutiara telah mengandung selama tiga bulan, sayangnya janinnya meninggal dalam kandungan. Saat dukun mengatakan keadaannya, Mutiara baru sadar bahwa selama ini ia sedang mengandung. Padahal siang tadi petugas Puskesmas tidak mengatakan apa pun saat ia memeriksakan diri. Dukun kemudian melanjutkan mengurut perut Mutiara hingga janin yang masih ada dalam kandungannya bisa keluar. Hampir satu jam lamanya dukun mengurut perut Mutiara, hingga janin kemudian keluar dari rahimnya, Mutiara mengaku, saat janin telah keluar semua dari rahimnya, darah pun berhenti mengalir dari jalan lahirnya, dan Mutiara pun tidak merasakan sakit apa pun saat dukun mengurut rahimnya.

Dari tiga orang anaknya, hanya satu anaknya yang pernah dilahirkannya pada seorang bidan praktek di Kecamatan Praya. Tidak ada alasan lain yang diungkapkannya selain bahwa saat itu keluarganya memiliki uang untuk membiayai kelahiran anak keduanya. Betapa terkejutnya Mutiara saat itu ia harus mengeluarkan biaya sebesar Rp. 90.000,- untuk kelahiran anaknya itu. Uang sebesar itu terbilang cukup besar bagi keluarga Mutiara 11 tahun yang lalu, dan semenjak itu Mutiara tidak ingin melahirkan lagi ke bidan. Tidak ada pengalaman yang berbeda yang dirasakan

oleh Mutiara saat melahirkan di bidan ataupun di dukun, walau tetap mengakui peralatan bidan lebih lengkap dibandingkan dengan dukun, tetapi tingkat ketakutan yang dirasakannya tidak jauh berbeda.

Tingkat kepercayaan Mutiara yang cukup tinggi kepada dukun, diakuinya tidak jauh berbeda dengan bidan. Ia sadar peralatan bidan lebih lengkap dibandingkan dukun, bahkan jika ia memiliki uang lebih pun, Mutiara tetap akan memilih dukun yang membantu persalinannya. Baginya uang Rp. 100.000,- tidak cukup untuk diberikan kepada bidan walaupun sudah ada pembebasan biaya persalinan gratis, tetapi bidan sendiri tidak tegas mengatakan tidak dibayar, dan bidan pun tidak pernah mengatakan jangan memberi saat pasien memberikan uang kepada bidan. Mutiara pun merasa malu jika harus membiarkan bidan pulang dengan tangan hampa.

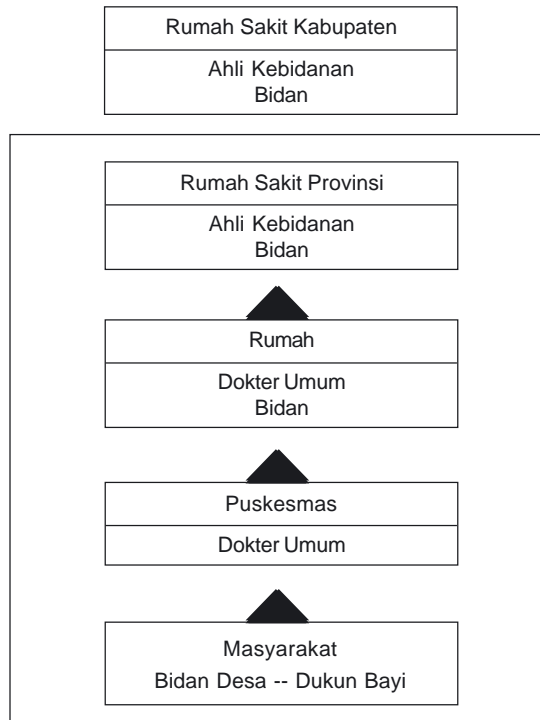
Pernah juga dalam suatu kejadian keluarga jauhnya meninggal saat dibantu persalinannya oleh dukun, menurut dukun dan bidan pasien meninggal karena terkena penyakit malaria, saat kejadian tersebut, ia sempat sangat takut ditolong oleh dukun. Tetapi ketika mendengar penjelasan bahwa keluarganya tersebut meninggal karena sakit malaria, maka hilanglah rasa takutnya dan ia menganggap ditolong oleh siapa pun, baik bidan ataupun dukun, jika meninggal itu merupakan suratan takdir.

Setelah melahirkan, Mutiara pergi untuk suntik ke rumah mantri tetangganya dengan membayar Rp. 40.000,- karena bidan di desanya tidak datang pasca Mutiara melahirkan. Akhirnya ia hanya mengakses mantri di kampungnya untuk melakukan suntikan pasca melahirkan dan selama 40 hari ia hanya beristirahat di rumah, karena anjuran dukun dan suaminya untuk tidak banyak bergerak dan bekerja berat. Hampir semua aktivitas sehari-hari diambil alih oleh suaminya, dari mencuci baju, memasak hingga mengurus anak-anak mereka. Rasa terima kasih yang sangat besar selalu diucapkan kepada suaminya yang telah mengambil alih semua pekerjaannya selama bayi mereka masih kecil. Jika tidak ada suaminya, Mutiara tidak tahu ia harus bagai-mana untuk bisa mengurus semua pekerjaan rumah tangga dan anak-anaknya dalam waktu bersamaan.

Hampir sama dengan pengalaman-pengalamannya dahulu, setiap masa nifas, Mutiara selalu mengalami keputihan yang cukup banyak, "*awuq*" (perut bagian bawahnya) terasa sangat sakit, begitu juga bagian dadanya terasa bengkak dan sakit. Untuk mengobati sakitnya itu Mutiara kemudian membeli ramuan dari dukun yang berasal dari desa lain. Menurut para tetangganya, ramuan tersebut sangat mujarab untuk mengobati keputihan dan rasa sakit setelah melahirkan. Hampir semua tetangganya membeli ramuan tersebut yang dijual oleh kenalan dari dukun tersebut. Dengan membayar Rp. 10.000,- per bungkus, ramuan itu dengan rajin diminum oleh Mutiara dan berharap keputihan serta beberapa rasa sakit yang dirasakannya bisa hilang dan kembali normal seperti biasa.

Deteksi dini komplikasi dan rujukan pada fasilitas rujukan yang memadai sangat penting untuk mengantisipasi resiko persalinan dan masalah-masalah selama hamil. Deteksi dini terhadap komplikasi bagi perempuan hamil sangat membantu mengurangi resiko kematian ibu, sehingga layanan ini sangat penting diberikan. Pola rujukan yang seharusnya diberikan:

#### Struktur Sistem Kesehatan dan Pola Rujukan



Walaupun pelayanan diberikan secara bervariasi oleh fasilitas kesehatan yang ada —dalam bentuk penyuluhan kehamilan hingga pemeriksaan — tetapi di Posyandu dan Polindes pelayanan komplikasi kehamilan sangat jarang diberikan. Pelayanan Posyandu biasanya hanya terbatas pada penyuluhan dan pemeriksaan tekanan darah bagi perempuan hamil. Selebihnya pemeriksaan komplikasi ditangani oleh Puskesmas atau langsung dirujuk ke rumah sakit. Hal ini menyulitkan banyak perempuan miskin yang tidak mampu mengakses pelayanan kesehatan lain. Seperti kasus yang dialami Ibu Maryam.<sup>7</sup> Saat mengalami komplikasi dengan kehamilannya berupa pendarahan dan mulas atau sakit perut yang kuat, ia mengaku tidak tahu harus berbuat apa. Saat itu tidak ada jadwal Posyandu di dusunnya. Ibu Maryam hanya mampu memeriksakan kehamilannya pada dukun di dusunnya. Walaupun deteksi dini terhadap komplikasi kehamilan dapat dilakukan oleh masyara-

<sup>7</sup> *Ibid*

kat, tetapi keterlambatan merujuk atau membawa ibu hamil ke fasilitas rujukan yang memadai tetap membahayakan jiwa ibu dan bayinya.

Komplikasi kehamilan tergolong cukup tinggi di Lombok Tengah. Menurut hasil survei WRI, banyak ibu yang mengalami gejala komplikasi selama kehamilan. Dari empat gejala komplikasi kehamilan yang ditanyakan, hampir 51% responden pernah mengalami salah satunya (lihat Tabel 2.1).

**Tabel 2.1.**  
**Persentase Perempuan Hamil yang Mengalami Komplikasi Kehamilan**

No.	Mengalami Komplikasi Kehamilan	Lombok Tengah
1.	Mules sebelum 9 bulan	40,7
2.	Perdarahan	4,7
3.	Demam yang tinggi	24,0
4.	Kejang-kejang dan pingsan	6,7
5.	Mengalami salah satu	51,0

Tabel 2.1 di atas membuktikan pentingnya ketersediaan pelayanan dan rujukan yang memadai bagi ibu hamil yang meliputi penyuluhan kepada pasien, pengobatan penyakit yang ada dan pengobatan komplikasi ataupun penjarangan faktor resiko. Semua ini dapat memperkecil resiko kematian ibu.

Menurut data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Tengah, pada tahun 2003 kematian bayi di kabupaten ini tercatat 686, diketahui terdapat 17 orang ibu meninggal dunia karena komplikasi dalam persalinan dan masa nifas. Pada tahun berikutnya (2004) tercatat 648 bayi meninggal dan 19 orang ibu meninggal karena komplikasi persalinan dan masa nifas. Sementara pada tahun 2005 tercatat 591 bayi meninggal dan 12 orang ibu meninggal karena komplikasi persalinan dan masa nifas. Sebagian besar pemicunya adalah komplikasi selama kehamilan, persalinan, dan masa nifas yang dialami kaum perempuan.

**Tabel 2.2.**  
**Data Komplikasi Ibu Hamil di Kabupaten Lombok Tengah, 2005**

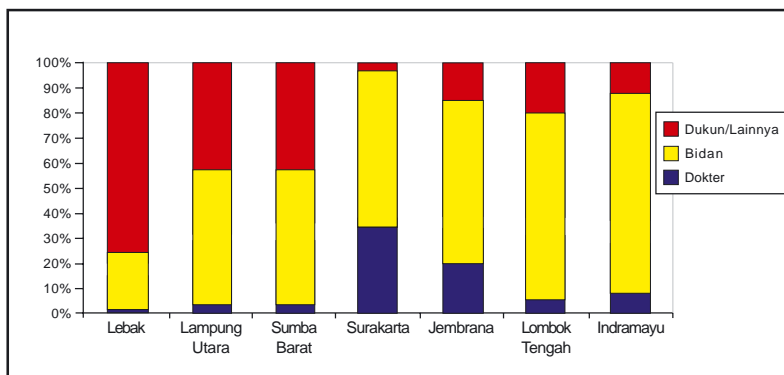
No.	Keterangan/Jenis Resti	Ibu Hamil Resiko Tinggi yang Dirujuk		
		Tahun 2003	Tahun 2004	Tahun 2005
1.	Perkiraan Bumil	21.450	21.450	21.450
2.	Perkiraan Resti (20%)	4.290	4.290	4.290
3.	% Kasus yang ditangani	9,18	8,33	9,50
4.	Perdarahan	1.034	918	1.006
5.	Infeksi	72	49	55
6.	Eklamsia	198	155	178
7.	Partus Lama	364	414	449
8.	Lain-lain	304	255	375
Total Kasus		1.972	1.791	2.045

Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Tengah

Berdasarkan data dari BPS tahun 2004, di Jembrana jumlah pertolongan persalinan pertama oleh tenaga medis adalah 86,24%. Sementara, jumlah pertolongan persalinan terakhir oleh tenaga medis adalah 88,84%. Jumlah pertolongan persalinan oleh tenaga medis tersebut di Kabupaten Jembrana dari tahun ke tahun mengalami naik turun sejak tahun 2001 hingga tahun 2005. Pada tahun 2001, jumlah persalinan yang dilakukan oleh tenaga medis adalah sebanyak 85,59%. Jumlah tersebut mengalami penurunan pada tahun 2002. Pada tahun 2002, jumlah persalinan oleh tenaga medis adalah 94,94%. Pada tahun 2003, terjadi peningkatan jumlah persalinan oleh tenaga medis yang sangat tinggi yaitu menjadi 104,58%. Namun, jumlah tersebut kembali mengalami penurunan yang cukup banyak pada tahun 2004. Jumlah persalinan oleh tenaga medis pada tahun 2004 adalah sebanyak 92,19%. Jumlah tersebut kembali mengalami kenaikan pada tahun 2005, yaitu menjadi 96,85%.

Berikut ini adalah hasil survei tentang ketersediaan tenaga penolong persalinan di tujuh wilayah penelitian WRI.

**Grafik 2.3.**  
**Ketersediaan Tenaga Penolong Persalinan**



Grafik 2.3. memperlihatkan bahwa sebagian besar perempuan banyak memilih menggunakan tenaga bidan dan dukun untuk menolong persalinan. Hanya di Surakarta saja perempuan memilih menggunakan dokter dan bidan sebagai penolong persalinan, sementara dukun sangat jarang dipilih sebagai tenaga penolong persalinan. Pilihan perempuan terhadap tenaga penolong persalinan berkontribusi pada keselamatan ibu saat melahirkan.

Pada tahun 2005, jumlah persalinan di Kabupaten Jembrana adalah 3.874. Dari jumlah tersebut ditemukan sebanyak 3.752 orang yang meminta bantuan persalinan kepada tenaga medis. Sementara itu, pertolongan persalinan oleh dukun beranak adalah sebanyak 122 orang. Pertolongan persalinan oleh tenaga medis tersebut menyebar di beberapa Kecamatan yang ada di Kabupaten Jembrana. Untuk lebih detailnya, dapat dilihat dalam Tabel 2.3 berikut ini.

**Tabel 2.3.**  
**Jumlah dan Penyebaran Pertolongan oleh Tenaga Medis di Kabupaten Jembrana**

No.	Kecamatan	Puskesmas	Jumlah Persalinan	Pertolongan Persalinan oleh Tenaga Medis	
				Jumlah Pertolongan oleh Tenaga Medis	%
1.	Melaya	Melaya	822	813	98,91
2.	Negara	Kaliakah	1.196	1.171	97,91
		Dangin Tukadayah	656	654	99,70
3.	Mendoyo	Mendoyo	890	805	90,45
4.	Pekutatan	Pekutatan	310	309	99,68
Jumlah			3.874	3.752	96,85

*Sumber:* Dinas Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial Kabupaten Jembrana tahun 2005.

Persalinan oleh tenaga medis di Kabupaten Jembrana kebanyakan dilakukan oleh bidan. Kabupaten Jembrana memiliki bidan sebanyak 130 orang. Keseluruhan jumlah tersebut memberikan pelayanan Jaminan Kesehatan Jembrana (JKJ). Bidan yang ada di Kabupaten Jembrana adalah merupakan bidan petugas dan bidan praktik swasta. Namun, dalam pelaksanaannya, bidan petugas juga membuka praktik yang memberikan pelayanan pada sore hari hingga malam hari. Prosedur perijinan untuk membuka praktik di Jembrana mudah dilakukan. Bidan mengaku tidak dipersulit oleh pemerintah dalam mengurus perijinan. Pengurusan perijinan praktik hanya dilakukan dengan memasukkan data. Setelah itu, bidan hanya diminta membayar biaya administrasi dan menunggu hasilnya. Pengurusan SK untuk ijin praktik tidak dikenakan biaya lainnya selain administrasi. Selain itu, bidan mengaku tidak dikenakan biaya apapun ketika mengurus perijinan kepindahan tugas.<sup>8</sup> Dalam perijinan praktik, bidan juga harus mempunyai Surat Ijin Menyimpan Obat (SIMO) bahwa bidan tersebut sudah mempunyai obat-obatan dan peralatan sesuai dengan standar yang sudah ada. Jika dalam pengontrolan ditemukan adanya obat atau peralatan yang tidak masuk dalam daftar obat di SIMO, maka bidan akan mendapat peringatan dan dapat menyebabkan ijin praktik dicabut.

Bidan di Kabupaten Jembrana telah memiliki sertifikat Asuhan Persalinan Normal (APN). Bidan yang tidak mempunyai sertifikat ini tidak diijinkan membuka praktik. Sementara itu, bagi bidan yang sudah membuka praktik dan belum mempunyai sertifikat APN karena pada waktu perijinan hal ini belum diberlakukan, dianjurkan untuk segera mengikuti pelatihan APN. Selain itu, bidan juga harus mempunyai sertifikat pelatihan kegawatan dalam persalinan. Selain mengikuti pelatihan APN, bidan juga mengikuti Pelatihan Manajemen Kinerja Klinik (PMKK).<sup>9</sup> Dalam pelatihan ini bidan mempelajari berbagai standar pelayanan yang harus dijalankan dalam memberikan pelayanan meliputi standar menyuntik, standar pertolongan persalinan, dan lain sebagainya.

Semenjak pemerintah daerah Jembrana memiliki kebijakan JKJ masyarakat Jembrana memiliki akses yang lebih terbuka untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dari dokter.

<sup>8</sup> Berdasarkan wawancara dengan bidan di Desa Candikusama

<sup>9</sup> Berdasarkan wawancara dengan bidan di Desa Melaya



Alasan masyarakat untuk berobat ke dokter disebabkan adanya pelayanan pengobatan gratis melalui JKJ. Dalam hal ini pemerintah daerah dapat memberikan pelayanan kesehatan untuk masyarakat sehingga mereka tidak lagi berpikir mengenai biaya yang harus dibayarkan. Berkaitan dengan alasan tersebut, ada juga masyarakat yang memilih untuk mengakses pelayanan ke dokter karena mekanisme pembayarannya dapat dilakukan dengan cara dihutang. Bahkan, ada juga masyarakat yang memilih pelayanan di dokter karena dokter terkadang memberi pengurangan biaya pengobatan.<sup>10</sup>

Alasan yang kedua adalah hampir seluruh dokter menerima pengobatan dengan menggunakan kartu JKJ. Keberadaan dokter di Jembrana memang belum merata ada di seluruh desa. Keberadaan dokter di kabupaten ini tersebar di seluruh kecamatan. Hal ini memudahkan masyarakat untuk mengakses dokter dengan fasilitas JKJ. Selain alasan tersebut, adanya kecocokan dan kualitas pelayanan yang diberikan oleh dokter. Namun dalam kenyataannya, tidak semua masyarakat Jembrana dapat memanfaatkan pelayanan pengobatan di dokter. Sebagian masyarakat Jembrana yang tidak dapat mengakses pelayanan kesehatan dari dokter karena alasan biaya, terutama bagi masyarakat miskin yang tidak mendapat atau mempunyai JKJ. Selain hal tersebut, masyarakat tidak dapat mengakses

**Tabel 2.4.**  
**Faktor yang Mempengaruhi Masyarakat (Perempuan) Mengakses**  
**Tenaga Kesehatan (Dokter) di Tujuh Wilayah Penelitian**

Faktor Pendorong	Faktor Penghambat
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masyarakat percaya dokter memiliki kemampuan yang lebih baik dibandingkan bidan.</li> <li>• Dokter memiliki kelengkapan peralatan dan obat-obatan.</li> <li>• Kualitas pelayanan dan pengobatan dokter lebih baik dibandingkan bidan (<i>terkait penyakit umum</i>).</li> <li>• Dokter mampu memberikan penjelasan dan informasi terkait penyakit pasien.</li> <li>• Perbandingan biaya antara dokter dan bidan berkisar Rp. 20.000,- hingga Rp. 50.000,- untuk dokter, sedangkan bidan berkisar antara Rp. 15.000,- hingga Rp. 30.000,-.</li> <li>• Untuk penyakit yang dikategorikan parah, pasien lebih memilih dokter dibandingkan bidan.</li> <li>• Pasien percaya obat yang diberikan dokter lebih menyembuhkan.</li> <li>• Pada banyak kasus yang dialami pasien, dokter lebih cepat memberikan pelayanan dibandingkan bidan.</li> <li>• Pelayanan yang diberikan dokter lebih lama dan teliti dibandingkan bidan.</li> <li>• Jam praktek dokter dianggap tepat karena sesuai dengan waktu istirahat mereka sepuluh bekerja di sawah atau ladang.</li> <li>• Masyarakat bisa mengakses pengobatan ke dokter dengan gratis melalui Jaminan Kesehatan Jembrana (JKJ).</li> <li>• Biaya pengobatan ke dokter bisa dengan cara dihutang atau dokter memberi pengurangan biaya pengobatan.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jumlah dokter terbatas, dan terdistribusi hanya di wilayah perkotaan.</li> <li>• Jarak tempuh menuju tempat praktek dokter jauh berimbas juga pada biaya transportasi yang mahal.</li> <li>• Biaya pengobatan ke dokter lebih mahal dibandingkan bidan. Gambarnya, biaya pelayanan dan obat dari bidan sebanding dengan biaya pemeriksaan dokter tanpa obat.</li> </ul>

*Sumber:* Diolah dari hasil wawancara masyarakat (responden perempuan di tujuh kabupaten)

<sup>10</sup> Berdasarkan wawancara dengan salah seorang responden di Kabupaten Jembrana

pelayanan kesehatan di dokter karena tidak tersedianya dokter di desanya. Kondisi tersebut membuat masyarakat harus mengakses dokter ke desa tetangga atau di kota sehingga mereka harus mengeluarkan biaya transportasi. Sementara itu, tidak semua desa terdapat angkutan pedesaan sebagai sarana transportasi. Kondisi lain yang menyebabkan masyarakat tidak dapat mengakses pelayanan kesehatan di dokter adalah kondisi fisik masyarakat membuat mereka tidak mampu pergi ke dokter yang jaraknya jauh di luar desanya.

Selain pelayanan kesehatan dari dokter, masyarakat juga mengakses pelayanan kesehatan ke bidan karena adanya beberapa faktor, antara lain, adanya fasilitas JKJ, tidak perlu lagi mengeluarkan biaya untuk membayar pelayanan dan obat, keberadaan bidan sudah menyebar hampir di seluruh desa di Kabupaten Jembrana. Kondisi ini selanjutnya memudahkan masyarakat untuk mengakses bidan dengan menggunakan fasilitas JKJ. Selain alasan tersebut, sebagian masyarakat lainnya juga mengaku mengakses bidan karena merasa cocok dengan pelayanan dan pengobatan yang diberikan bidan, adanya beberapa nilai kualitas pelayanan yang diberikan oleh bidan seperti pelayanan yang ramah dan cepat merespons. Ada juga masyarakat yang mengakses pelayanan ke bidan karena pembayarannya dapat dilakukan dengan cara menghutang.<sup>11</sup> Selain cara tersebut, sebagian masyarakat memilih pelayanan ke bidan karena mereka dapat melakukan pembayaran dengan jumlah uang yang kurang dari jumlah yang seharusnya.<sup>12</sup>

Dalam kenyataannya, masih terdapat sebagian masyarakat Jembrana yang tidak bisa mengakses pelayanan ke bidan karena adanya beberapa kendala. Kendala pertama berkaitan dengan biaya, karena kondisi kemiskinan, terutama dirasakan oleh masyarakat yang tidak mempunyai JKJ. Kondisi ini juga banyak dirasakan oleh masyarakat pada saat mengakses pelayanan persalinan. Kendala lainnya adalah tidak tersedianya bidan yang tinggal di desa. Kondisi ini banyak dirasakan oleh masyarakat yang kondisinya susah untuk pergi ke bidan yang jaraknya jauh, sementara tidak ada satu pun bidan yang membuka praktik atau tinggal di desanya. Selain itu, tidak adanya bidan di desa membuat keberadaan bidan menjadi jauh untuk dijangkau sehingga masyarakat harus mengeluarkan biaya transportasi menuju ke tenaga medis. Adanya biaya transportasi tersebut selanjutnya dapat menyebabkan masyarakat tidak mengakses pelayanan kesehatan. Selain kondisi tersebut, keberadaan bidan yang merangkap sebagai bidan petugas atau hanya sendiri dalam satu desa menyebabkan bidan mempunyai tanggungjawab yang besar. Kondisi tersebut selanjutnya membuat bidan sangat sibuk dan sarat beban karena melaksanakan semua pekerjaan terkait dengan kesehatan maternal.<sup>13</sup>

Penjelasan di atas menunjukkan bahwa sebagian besar masyarakat Jembrana telah memanfaatkan pertolongan persalinan oleh tenaga medis. Perilaku masyarakat dalam

---

<sup>11</sup> Berdasarkan wawancara dengan salah seorang responden di Jembrana.

<sup>12</sup> Berdasarkan wawancara dengan salah seorang bidan di Jembrana.

<sup>13</sup> *Ibid*

mengakses dan memanfaatkan tenaga medis dalam melakukan persalinan dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu:

#### **1. Keamanan dan Keselamatan**

Kebanyakan masyarakat memilih melakukan persalinan dengan bantuan bidan karena faktor keamanan dan keselamatan, baik untuk dirinya sendiri maupun untuk bayinya. Masyarakat tidak ingin menanggung resiko kematian atau apa pun dengan meminta bantuan kepada dukun beranak.

#### **2. Mempunyai Risiko Tinggi**

Alasan lain yang membuat masyarakat lebih memilih melakukan persalinan kepada bidan adalah karena kehamilannya masuk dalam kategori beresiko tinggi.

#### **3. Anjuran dan Sosialisasi Kesehatan**

Salah satu faktor yang menyebabkan semakin meningkatnya jumlah masyarakat yang meminta bantuan persalinan kepada bidan adalah karena adanya sosialisasi dan anjuran untuk melakukan persalinan kepada bidan. Anjuran dan sosialisasi tersebut selanjutnya memberikan pengaruh pada pengetahuan dan kesadaran masyarakat untuk memilih bidan dalam melakukan persalinan.

#### **4. Meningkatkan Jumlah Bidan dan Menyebarnya Bidan di Jembrana**

Hal lain yang juga mendorong masyarakat untuk melakukan persalinan dengan bantuan bidan adalah karena semakin meningkatnya jumlah bidan dan semakin menyebarnya keberadaan bidan di Jembrana. Hal ini selanjutnya memudahkan masyarakat dalam mengakses pelayanan bidan, terutama yang berkaitan dengan persalinan.

Dibandingkan dengan Surakarta, kita melihat bahwa kota ini tergolong sebagai daerah yang memiliki tingkat AKI yang rendah. Berdasarkan laporan Puskesmas di Kota Surakarta telah ditemukan kematian ibu sebanyak lima orang karena bersalin sepanjang tahun 2006. Kematian terjadi di Kecamatan Pasar Kliwon dua orang, Kecamatan Jebres satu orang, dan Kecamatan Banjarsari dua orang. Sedangkan jumlah kelahiran hidup sebanyak 10.078 bayi, sehingga didapatkan angka kematian ibu sebesar 49,61 per 100.000 kelahiran hidup.<sup>14</sup> AKI tahun 2006 mengalami kenaikan dibandingkan dengan tahun 2005 (41,22 per 100.000 kelahiran hidup). Angka ini sangat kecil dibandingkan dengan AKI di tingkat Jawa Tengah (berdasarkan hasil Surkesda tahun 2005) sebesar 252 per 100.000 kelahiran dan juga AKI di tingkat nasional yang jumlahnya mencapai 307 per 100.000 kelahiran.

Rendahnya tingkat kematian ibu saat melahirkan di Kota Surakarta disebabkan oleh tingginya persentase cakupan kunjungan ibu hamil K1 sebesar 97%, K4 sebesar 92,95%, dan rendahnya ibu dengan kasus KEK yakni 5,45%. Selain itu, jumlah ibu hamil yang mendapatkan pelayanan pemberian zat besi –Fe1, Fe3 serta imunisasi TT1 dan TT2

---

<sup>14</sup> Angka ini diperoleh dari buku *Profil Kesehatan Surakarta* yang dikeluarkan oleh Dinas Kesehatan Kota Surakarta tahun 2006.

berdasarkan data yang dilaporkan oleh kecamatan dan Puskesmas pada tahun 2006 tergolong bagus yakni dengan capaian layanan rata-rata di atas 90%.<sup>15</sup> Kondisi ini setidaknya mencerminkan pelayanan terhadap ibu sebelum dan selama kehamilan yang cukup bagus yang kelak berkorelasi erat dengan menurunnya resiko adanya komplikasi saat persalinan dan pasca persalinan.

Faktor lain yang berkontribusi pada menurunnya resiko ibu melahirkan adalah pilihan tenaga penolong persalinan di Surakarta yang lebih banyak kepada tenaga kesehatan sebagaimana ditampilkan dalam Tabel 2.5 berikut ini.

**Tabel 2.5.**  
**Persentase Penolong Persalinan oleh Tenaga Kesehatan untuk Seluruh**  
**Perempuan Hamil (Miskin & Tidak Miskin) menurut Kabupaten/Kota, Tahun 2004**

Kabupaten/Kota	% Penolong Persalinan Pertama oleh Tenaga Kesehatan	% Penolong Persalinan Terakhir oleh Tenaga Kesehatan
(1)	(2)	(3)
Indramayu	34,36	53,88
Surakarta	100,00	99,32

*Sumber:* Data BPS Tahun 2004.

Tabel 2.5 di atas menunjukkan bahwa masyarakat di Kota Surakarta sebagian besar melakukan persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan (bidan). Jumlah ini sangat berbeda dengan kondisi di Kabupaten Indramayu. Persentase pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan tahun 2006 juga menunjukkan kenaikan yang positif yakni dari 10.046 persalinan di tingkat kota 100% ditolong oleh tenaga kesehatan. Persentase yang sama juga terjadi di tingkat kecamatan, antara lain, Kecamatan Pasar Kliwon (Puskesmas Sangkrah): dari 1.147 persalinan 100% ditolong oleh tenaga kesehatan, Kecamatan Banjarsari (Puskesmas Gilingan): dari 593 persalinan 100% ditolong oleh tenaga kesehatan. Tenaga kesehatan yang dimaksudkan di sini adalah bidan dan dokter.

Total jumlah bidan di Kabupaten Indramayu sebanyak 416 orang yang tersebar di Puskesmas sebanyak 378 orang, RSUD Indramayu sebanyak 26 orang, RS Pertamina Balongan sebanyak empat orang, dan RS Zam-Zam Jatibarang sebanyak satu orang, tujuh orang bidan lainnya bertugas di Dinas Kesehatan Kabupaten Indramayu. Dari keseluruhan bidan yang bertugas di Puskesmas, tidak semuanya menjadi bidan desa (Bides), sampai tahun 2005 Kabupaten Indramayu baru menempatkan Bides di 296 desa dari total 310 desa dan kelurahan yang ada. Jumlah ini memang hampir mencapai 98% dari jumlah desa yang seharusnya memiliki Bides.

Dalam persebaran bidan di Puskesmas, terlihat belum merata dimana pada satu Puskesmas ada yang hanya memiliki dua orang bidan, tetapi beberapa Puskesmas lainnya

<sup>15</sup> *Ibid*

**Tabel 2.6. Persebaran Bidan di Kabupaten Indramayu**

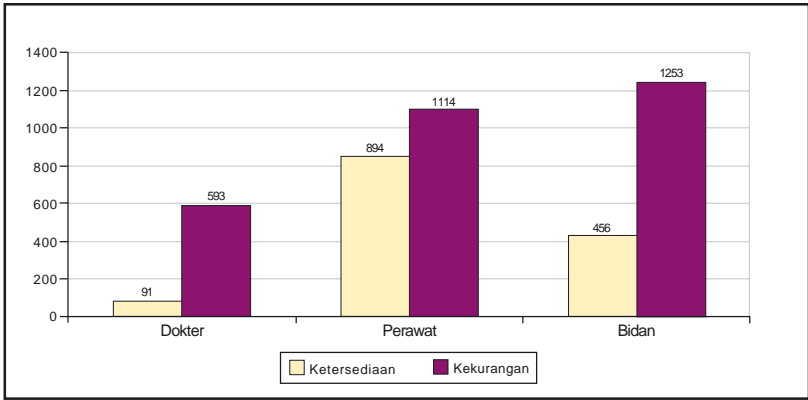
No.	Puskesmas	Jumlah Desa	Jumlah Bidan	Persentase Jumlah Bidan
1.	Balongan	10	5	0,50
2.	Plumbon	9	9	1,00
3.	Margadadi	8	8	1,00
4.	Brondong	6	8	1,33
5.	Sindang	5	6	1,20
6.	Babadan	4	9	2,25
7.	Cantigi	6	7	1,17
8.	Lohbener	6	8	1,33
9.	Kiajaranwetan	6	8	1,33
10.	Cidempet	8	6	0,75
11.	Krangken	6	6	1,00
12.	Kedungwungu	5	6	1,20
13.	Karangampel	7	10	1,43
14.	Sukamanah	4	5	1,25
15.	Kedikan bunder	7	8	1,14
16.	Juntinyuat	7	10	1,43
17.	Pondoh	5	8	1,60
18.	Jatibarang	8	9	1,13
19.	Jatisawit	7	10	1,43
20.	Sliyeg	8	12	1,50
21.	Tambi	6	4	0,67
22.	Kertasemaya	9	15	1,15
23.	Bondan	7	6	1,00
24.	Bangoduo	8	9	1,13
25.	Lajer	7	9	1,29
26.	Losarang	9	12	1,33
27.	Cemara	3	4	1,33
28.	Lelea	6	7	1,17
29.	Tugu	5	7	1,40
30.	Trisi	9	11	1,22
31.	Cikedung	7	8	1,14
32.	Kadanghaur	8	10	1,25
33.	Kertawinangun	5	2	0,40
34.	Gabuswetan	7	8	1,14
35.	Druntewetan	3	4	1,33
36.	Kroya	4	6	1,50
37.	Temiyang	4	7	1,75
38.	Anjatan	6	8	1,33
39.	Bugis	7	10	1,43
40.	Haurgeulus	4	6	1,50
41.	Wanakaya	3	5	1,67
42.	Cipancuh	3	5	1,67
43.	Gantar	6	7	1,17
44.	Widasari	10	11	1,10
45.	Malangsari	6	8	1,33
46.	Bongas	4	7	1,75
47.	Cipedang	4	5	1,25
48.	Sukra	7	10	1,43
49.	Patrol Baru	8	8	1,00

Sumber: Profil Indramayu 2005.

memiliki bidan di atas sepuluh orang. Padahal wilayah kerja Puskesmas bisa mencakup 3-13 desa. Artinya, Puskesmas yang memiliki dua orang bidan masih sangat kesulitan menempatkan bidan sebagai bidan Puskesmas sekaligus sebagai Bides. Sebagai gambaran, Puskesmas Kertawinangun yang memiliki dua orang bidan, memiliki lima desa sebagai wilayah kerja mereka, sedangkan Puskesmas Kertasemaya yang memiliki 15 bidan ternyata memiliki 13 desa yang menjadi wilayah kerja mereka. Penyebaran bidan ini akhirnya terlihat tidak merata, karena jumlah bidan dalam satu Puskesmas tidak disesuaikan dengan jumlah desa yang menjadi wilayah kerja Puskesmas seperti terlihat dalam Tabel 2.6.

Tabel 2.6. tersebut menunjukkan bahwa ada empat Puskesmas yang masih kekurangan bidan. Jumlahnya masih jauh dari cukup untuk melayani desa-desa di wilayah kerja Puskesmas tersebut, selebihnya telah memiliki jumlah bidan yang pas bahkan berlebihan untuk melayani desa di wilayah kerja Puskesmas tersebut. Tetapi ketersediaan jumlah bidan di Puskesmas masih dipertanyakan terhadap penyebarannya di desa, apakah bidan desa yang bertugas dalam wilayah kerjanya sekaligus bertempat tinggal di desa tersebut untuk bisa melayani masyarakat, ataukah penyebaran mereka lebih banyak di daerah perkotaan dibandingkan pedesaan.

**Grafik 2.4.**  
**Tingkat Ketersediaan Tenaga Kesehatan di Daerah Indramayu**



Dari hasil pengamatan beberapa kecamatan dan desa yang menjadi wilayah penelitian WRI, terlihat sekali daerah kota atau kecamatan kota memiliki jumlah bidan yang cukup banyak. Seperti gambaran di Kecamatan Indramayu, sangat mudah untuk menemukan 3-4 orang bidan praktik dengan jarak relatif dekat dengan rumah penduduk. Berbeda dengan kecamatan yang letaknya jauh dari kota, hanya ada satu bidan praktik untuk satu kecamatan tersebut, belum lagi desa-desa yang jauh dari kecamatan. Jika bidan desa tidak tinggal di desa mereka, secara otomatis desa tersebut tidak memiliki Bides, bahkan tenaga kesehatan, dan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan mereka harus rela datang ke kota kecamatan atau desa lain terdekat yang memiliki bidan praktik.

Kondisi tidak meratanya Bides yang tinggal di wilayah kerja mereka disebabkan belum tersedianya fasilitas Polindes yang menjadi tempat bidan memberikan pelayanan kesehatan sekaligus sebagai tempat tinggal bidan. Polindes yang ada di Kabupaten Indramayu hanya berjumlah 20 unit. Dari pengakuan Bidan Yetty di Pekandangan Jaya, dari 20 unit Polindes hanya dua unit yang berfungsi sebagaimana mestinya, selebihnya tidak digunakan karena sarana dan prasarana yang belum memadai. Selain itu, bidan lebih banyak terkonsentrasi di perkotaan karena mereka bisa praktik dan mendapatkan pasien yang lebih ramai dibandingkan tinggal di desa.

Tugas utama dan fungsi Bides sebagaimana tertuang dalam SE Dirjen Binkesmas No 429/Binkesmas/DJ/89 yang menyatakan tujuan penempatan Bides adalah meningkatkan mutu dan pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) serta KB dalam rangka menurunkan angka kematian ibu dan bayi serta kelahiran. Untuk itu perlu dilihat seberapa jauh pelayanan yang diberikan bidan dengan peran dan fungsi tersebut. Sehingga menarik untuk dicermati fakta-fakta lapangan mengenai pelayanan kesehatan yang diberikan bidan pada kesehatan ibu, anak, dan KB.

Pelayanan yang biasa diberikan bidan adalah KIA yang melingkupi pemeriksaan kehamilan, persalinan dan pemeriksaan pasca nifas, imunisasi, layanan KB dan pelayanan kesehatan reproduksi lainnya. Ada juga pelayanan di luar pelayanan tadi, dimana bidan juga memberikan pelayanan pengobatan umum untuk penyakit ringan yang diderita ibu hamil dan anak. Bidan akan memberikan pelayanan pada Puskesmas, Polindes, Pos KB dan Posyandu.

Para Bides, selain memberikan pelayanan di fasilitas pelayanan kesehatan seperti Puskesmas, Pustu atau Polindes, mereka juga melakukan penjangkauan ke masyarakat. Penjangkauan tersebut melalui Posyandu yang diadakan satu kali dalam satu bulan di tingkat RW maupun melakukan kunjungan ke rumah-rumah untuk menjaring ibu hamil yang tidak terdata di Posyandu. Menurut wawancara dengan Kasi Kesga Dinkes (Kepala Seksi Kesehatan Keluarga Dinas Kesehatan) Indramayu, setiap Bides mempunyai tanggungjawab mendata ibu hamil K1 di wilayahnya dengan target pencapaian 2,9 kali jumlah penduduk desa.

Para perempuan hamil yang rajin datang memeriksakan diri ke Posyandu, oleh bidan akan dipantau secara intensif melalui berbagai pemeriksaan. Selain itu, pemantauan dengan menggunakan buku KIA secara lengkap akan dicatat oleh bidan, baik di Posyandu maupun di tempat bidan praktik. Karena secara standar pemeriksaan kehamilan telah ada prosedur yang lengkap yang harus dilakukan oleh setiap bidan.

Untuk Dinas Kesehatan Indramayu sendiri membutuhkan data Persalinan oleh Tenaga Kesehatan (Linakes) yang akurat untuk memantau berapa yang ditangani oleh bidan dan berapa yang dibantu dukun. Semenjak tahun 2008 Dinas Kesehatan Indramayu membentuk Desa Siaga di 120 desa yang kegiatannya, antara lain, mengamankan pospartum ibu secara aman, kunjungan periksa kehamilan sebanyak empat kali, layanan persalinan hingga target pencapaian ibu hamil (Bumil ) tercapai di Indramayu.



Pemeriksaan kehamilan ini bisa diakses masyarakat di Puskesmas, Polindes, Posyandu maupun bidan praktik. Pilihan yang paling banyak didatangi oleh perempuan hamil adalah ke Posyandu, selain jarak tempuh yang dekat, kedekatan emosional antara bidan dan perempuan hamil terlihat intens, sehingga beberapa Posyandu pun menerapkan sistem “*kerencengan*” yaitu pengumpulan uang sebesar Rp. 300,- hingga Rp. 1.000,- per satu kali kedatangan di Polindes. Uang tersebut nanti akan dikembalikan lagi berupa telur dan susu kepada semua pasien yang mengunjungi Posyandu.

Namun, kiat yang dilakukan bidan untuk meningkatkan kunjungan pasien ke Posyandu tetap saja mengalami hambatan, dimana beberapa perempuan mengaku enggan melakukan pemeriksaan kehamilan di Posyandu dengan berbagai alasan. Darsinah contohnya, satu dari sekian ibu hamil dari Desa Cidap yang mengaku enggan datang ke Posyandu disebabkan kesibukannya mengurus rumah dan tidak mampu membayar ke bidan. Darsinah pun lebih memilih diam di rumah. Saat ditanya apakah ada bidan yang pernah datang ke rumahnya, Darsinah mengaku tak satu kali pun bidan pernah datang mencarinya, walaupun bidan tahu dia sedang hamil.

Tetapi ada yang berbeda dalam pelayanan yang diberikan oleh Bides. Di luar jam kerja mereka memberikan pelayanan, baik di Puskesmas, Polindes, Pustu maupun Posyandu. Bides akan membuka praktik di rumah di sore hari pada pukul 16.00-20.00 WIB dan pagi hari sebelum berangkat kerja pada pukul 06.00-07.00 WIB. Untuk pemeriksaan kehamilan di rumah pribadi bidan akan dikenakan biaya pemeriksaan kehamilan beserta vitamin berkisar Rp. 10.000,- hingga Rp. 20.000,-. Kecuali bagi pasien yang memiliki kartu Askeskin, bidan tidak akan mengenakan biaya, tetapi menjadi laporan bahwa mereka telah melayani pasien Askeskin di Puskesmas.

Walaupun pemeriksaan kehamilan di luar jam kerja bidan dikenakan biaya, beberapa bidan di Indramayu mengaku pola pembayaran yang mereka lakukan masih bersifat kekeluargaan. Menurut pengakuan bidan Yetty, terkadang bidan juga enggan menerima bayaran pasien yang datang ke tempat mereka jika pasien tersebut masih ada hubungan keluarga dengan mereka. Sehingga untuk beberapa pemeriksaan kehamilan maupun pemeriksaan kesehatan lainnya, bidan lebih banyak tidak menerima bayaran yang diberikan pasien ataupun hanya menerima tidak sama dengan tarif yang telah mereka tetapkan pada pasien lainnya.

Pelayanan persalinan diberikan di Puskesmas, bidan praktik, dan rumah pasien sendiri dengan cara menjemput bidan ke rumah mereka. Persalinan yang dilakukan di Puskesmas perawatan maupun PONEC tidak dikenakan biaya, baik pasien Askeskin maupun umum. Kebijakan ini dikeluarkan melalui SK Bupati, sedangkan biaya persalinan di luar Puskesmas, bagi pasien umum, disesuaikan dengan tarif di mana pasien tersebut melakukan persalinan, baik di bidan praktik, Bides maupun fasilitas kesehatan lainnya.

Kebijakan ini terlihat masih ambigu. Satu sisi, biaya gratis hanya dilakukan di Puskesmas, padahal faktanya Kabupaten Indramayu hanya memiliki tiga Puskesmas dengan Tempat Perawatan (DTP) dan lima Puskesmas Pelayanan Obstetrik Neonatal Emergensi



Dasar (PONED). Artinya, tidak semua Puskesmas di setiap kecamatan memiliki Puskesmas perawatan dan PONED yang melayani persalinan. Sehingga akses pasien menuju Puskesmas perawatan tetap sulit untuk bisa menjangkau, baik dari sisi jarak maupun transportasi. Berdasarkan kondisi tersebut, pilihan pertolongan persalinan akhirnya tetap saja ke Bides maupun bidan praktik, bahkan tetap minta pertolongan dukun yang ada di desa mereka. Pola yang cukup banyak, dimana pasien melahirkan biasanya menjemput bidan ke rumah dan hampir sebagian besar dilakukan oleh masyarakat di Indramayu. Pasien mengaku lebih tenang jika melahirkan di rumah sendiri walaupun kondisi rumah mereka tidak memenuhi syarat untuk terjadinya proses persalinan. Bidan pun tidak bisa banyak menuntut pasien untuk datang ke rumah bidan maupun fasilitas kesehatan lainnya, kecuali ada kasus rujukan. Selain itu, beberapa tempat praktik bidan tidak memiliki tempat yang memadai untuk membantu persalinan karena ruangan yang terlalu sempit, sedangkan Polindes maupun fasilitas lain yang lebih memadai masih minim untuk desa-desa yang jauh dari kota.

Sebelum menjemput bidan, biasanya pasien akan memanggil dukun di desa mereka dengan maksud untuk melihat kondisi mereka terlebih dahulu apakah posisi bayi salah, ataupun pasien membutuhkan mantra dari dukun yang masih dipercaya akan mempercepat kelahiran bayi mereka. Setelah dukun memeriksa pasien, maka dukun akan menganjurkan keluarga pasien untuk menjemput bidan sekaligus yang akan menangani persalinan pasien tersebut. Anjuran dukun biasanya akan diikuti, tetapi pada beberapa kasus pasien miskin yang tidak memiliki Askeskin, mereka menolak menjemput bidan dan bersikeras meminta dukun untuk membantu persalinan mereka. Dengan alasan tidak ada biaya untuk membayar bidan, pasien hanya akan memberikan bayaran kepada dukun. Dukun pun tidak berdaya dengan permintaan pasien kecuali memberikan pertolongan persalinan tersebut.

Di sisi lain, beberapa kasus yang ditemui di lapangan, saat ibu hamil datang ke rumah Bides tidak serta merta bisa ditemui di luar jam kerja, karena tempat tinggal bidan tidak berada di desa mereka melainkan berada di desa lain bahkan di kota. Selain itu, ada juga Bides yang melanjutkan pendidikannya di akhir minggu, sehingga ada hari dimana bidan tersebut tidak bertugas di wilayah tanggungjawabnya. Kondisi ini menyebabkan bidan tidak berada di tempat ketika ibu hamil membutuhkan pelayanannya. Fakta itu diakui oleh beberapa responden yang diwawancarai. Menurut ibu hamil di Indramayu yang bertempat tinggal cukup jauh dari Puskesmas atau Pustu, selama kehamilan dia memeriksakan diri ke bidan. Pada saat tiba waktunya melahirkan, bidan tidak ada di tempat, akhirnya keluarga pasien memanggil dukun untuk membantu persalinan.

Untuk biaya persalinan di bidan praktik, pasien akan mengeluarkan biaya sebesar Rp. 350.000,- hingga Rp. 800.000,-, sedangkan untuk bidan yang dipanggil ke rumah pasien akan dikenakan biaya sebesar Rp. 350.000,- dan pasien juga akan membayar Rp. 150.000,- kepada dukun. Biaya ini terasa timpang saat bidan desa yang membantu persalinan pada masyarakat pemilik Askeskin, maka bidan akan mendapat biaya penggantian dari Puskesmas hanya sebesar Rp. 150.000,- per orang, dan itupun akan dibayar setelah

### Lestari

#### Studi Kasus dari Desa Pekandangan Jaya Kecamatan Indramayu Ayu, Kabupaten Indramayu

Lestari (35 tahun) adalah anak pertama dari enam bersaudara, dua diantaranya sudah meninggal. Ibu Lestari menikah sebanyak enam kali dan semuanya berakhir dengan perceraian setelah bertahan rata-rata selama 1-2 tahun saja. Lestari mengaku dirinya tidak mengenal ayahnya secara dekat karena dari lahir dia hanya dibesarkan oleh ibunya, dia hanya mengingat banyak lelaki yang menjadi teman ibunya dan kemudian memberinya anak. Tidak terlalu jelas baginya apakah ibunya menikah secara resmi atau secara agama (siri) dengan bapak-bapaknya itu. Dari masing-masing perkawinannya, ibu Lestari memiliki anak, sehingga Lestari memiliki empat orang adik, dua orang laki-laki dan dua orang lagi perempuan dari ayah yang berbeda-beda, namun hanya Lestari saja yang tinggal dan dirawat oleh ibunya hingga dia berhasil menamatkan sekolah dasar.

Setelah menamatkan pendidikan sekolah dasarnya, Lestari dihadapkan pada kebutuhan ekonomi yang sangat mendesak sehingga memaksa Lestari akhirnya terjun membantu mencari nafkah bagi keluarganya. Lestari memiliki pengalaman bekerja yang beragam mulai dari bekerja sebagai buruh cuci serabutan, pembantu rumah tangga harian, menjadi Tenaga Kerja Wanita (TKW), bahkan pernah menjadi korban *trafficking* dipekerjakan sebagai Pekerja Seks Komersial (PSK) di Batam.

Bekerja sebagai TKW dilakukan Lestari pada usia yang sangat muda yakni 13 tahun, karena didesak oleh uwaknya (paman) dan keluarga dekat ibunya untuk mau bekerja sebagai TKW di luar negeri agar bisa memperbaiki kondisi ekonomi keluarganya menjadi lebih baik. Selain itu juga untuk memperoleh dana bagi renovasi rumah tinggalnya yang hampir roboh. Lestari menuruti keinginan paman dan ibunya bekerja sebagai TKW ke Arab Saudi selama empat bulan, tiap bulan digaji sekitar Rp. 600.000,-. Dia dikirim ke Arab Saudi oleh pamannya yang bekerja sebagai calo TKW. Di Saudi Arabia, Lestari bekerja sebagai pembantu rumah tangga. Pekerjaan sebagai TKW tidak lama dilakukan karena Lestari merasa tidak kuat dan rindu pada kampung halaman.

Sepulang dari Saudi Arabia, Lestari kembali bergelut dengan kesulitan ekonomi dan sulitnya mencari pekerjaan dengan latar belakang pendidikannya yang rendah. Hal itu membuat Lestari terdorong untuk menerima kembali tawaran bekerja, namun ternyata dia menjadi korban penipuan calo yang menawarkan bantuan padanya untuk menjadi Pekerja Rumah Tangga (PRT) di Batam. Sesampainya di Batam Lestari justru dipaksa bekerja sebagai PSK. Dia tak kuasa menolak karena terbebani

kewajiban melunasi hutang bagi pembiayaannya pergi ke Batam sebesar Rp. 2 juta, sehingga terpaksa Lestari menjalani pekerjaan sebagai PSK selama dua bulan hingga mampu mengumpulkan uang untuk membayar hutangnya kepada sang calo. Setelah hutangnya lunas barulah Lestari dapat pulang kembali ke Indramayu. Selama bekerja sebagai PSK di Batam, Lestari mengakui mengalami keluhan yang terkait dengan organ reproduksinya yakni keputihan, rasa panas terbakar pada alat kelamin dan gatal-gatal, tetapi dia tidak pernah memeriksakan diri ke tenaga kesehatan. Untuk mengatasi keluhannya paling dia hanya membeli obat *Bodrex*, pergi ke tukang pijat, membeli jamu atau membuat jamu sendiri dari campuran kencur dan kunyit untuk mengobati keluhan keputihan, atau kadang membeli obat antibiotik *Tetra* di toko obat terdekat.

Setelah berhenti menjadi PSK, Lestari kembali ke Indramayu dan dia menjalin hubungan dengan laki-laki, berganti-ganti pacar dan tinggal serumah dengan pacar-pacarnya. Pacar terakhir Lestari yang saat ini tinggal bersamanya adalah seorang calo yang bekerja mencari perempuan yang ingin “*luruh duit*” (istilah untuk perempuan Indramayu yang bekerja sebagai PSK). Dari pacarnya inilah Lestari memperoleh bantuan *finansial* untuk mencukupi kebutuhan hidupnya sehari-hari bersama dengan ibunya. Tidak satupun pacarnya mau menikahi Lestari sekalipun mereka telah hidup bersama layaknya suami istri. Namun demikian Lestari tidak terlalu mempermasalahkan status hubungannya yang tidak resmi. Lestari juga sempat hamil sebanyak dua kali dari dua orang pacarnya.

Pada kehamilannya yang pertama Lestari memeriksakan diri sebanyak tiga kali ke bidan. Selain itu dia juga pergi ke dukun untuk di-*goleng* (perut diurut atau dipijat untuk membuat posisi bayi berada di tempat yang normal). Dukun melakukan goleng pada perut Lestari sebanyak dua kali yakni saat usia kandungan dua bulan dan lima bulan. Setiap kali di-*goleng* Lestari mengaku merasakan kesakitan karena perutnya ditekan sang dukun dengan kuat. Namun dia tetap saja pergi ke dukun karena hal itu sudah menjadi kebiasaan yang dianjurkan oleh ibu dan keluarganya. Selain itu dukun yang menangani Lestari masih terhitung sebagai keluarga dekat dari ibunya, sehingga Lestari merasa percaya padanya. Selama menjalani masa kehamilan, Lestari sering jatuh karena kurang darah walaupun bidan sudah memberinya obat tambah darah, tapi Lestari tetap saja merasa kepalanya pening, badannya selalu lemas sehingga gampang jatuh, terpeleset.

Setelah sembilan bulan usia kehamilannya tiba saatnya Lestari harus melahirkan anaknya. Dengan bantuan tetangganya Lestari memanggil bidan ke rumah untuk menolong persalinan. Proses persalinan sangat berat, Lestari kesakitan karena bayinya ternyata susah keluar. Setelah menunggu semalaman sang bayi tidak juga

mau keluar, sementara Lestari sudah lemas kehabisan tenaga untuk mengejan. Menurut Lestari, bidan yang menunggu proses persalinannya menjadi bingung dan tidak sabar menunggu perkembangan persalinan Lestari. Bidan memberinya 1 liter minyak goreng yang dikucurkan di jalan lahir Lestari karena bayinya tidak juga mau keluar setelah 24 jam kontraksi. Hal itu dilakukan bidan dengan maksud agar jalan lahir Lestari menjadi licin sehingga diharapkan bayinya segera bisa keluar. Beberapa tetangga Lestari ikut menunggu proses persalinan yang sulit tersebut. Tetangganya itu datang membantu karena dipanggil oleh bidan. Lestari maupun bidan yang menungguinya tidak tahu mengapa bayi Lestari sulit keluar. Padahal sebelumnya saat periksa ke bidan, kehamilan Lestari dinyatakan normal, bagus, tidak ada yang aneh.

Akhirnya Bidan menekan perut Lestari kuat-kuat, dia juga meminta bantuan beberapa orang untuk membantu menekan perut Lestari untuk mendorong agar bayinya cepat keluar. Ada lima laki-laki yang membantu bidan menolong persalinan, ada yang membantu memegang kaki, badan ataupun kepala. Lestari menjerit kesakitan dan jalan lahirnya bengkak pasca persalinan sehingga selama lima bulan dia tidak bisa jalan. Namun sayang setelah berjuang keras mengeluarkan jabang bayi dari kandungannya, ternyata saat keluar sang bayi didapati dalam keadaan telah meninggal dunia. Hal itu karena bayi terlalu lama dalam perut. Lestari merasa sangat sedih kehilangan bayinya, selain itu dia juga harus membayar biaya persalinan saat itu sebesar Rp. 300.000,- yang dibayarnya dari hasil simpanan Lestari saat bekerja dulu.

Pada kehamilan yang kedua Lestari memeriksakan diri ke bidan yang membuka praktek agak jauh dari rumahnya (3 km), namun juga tetap pergi ke dukun. Kali ini persalinan Lestari berjalan lancar tanpa ada kesulitan seperti dulu. Lestari berhasil melahirkan bayi perempuannya dengan selamat. Proses persalinannya ditangani oleh bidan dan juga dukun yang pernah didatangi Lestari saat periksa hamil. Dukun meminta imbalan Rp. 400.000,- karena ikut membantu mencuci pakaian Lestari dan anaknya yang kotor serta mendatangi rumah Lestari untuk membantu ibu dan anaknya setiap hari selama sebulan lamanya. Sedangkan bidan juga menetapkan tarif Rp. 400.000,- untuk biaya persalinan, sehingga Lestari harus menyediakan dana sebesar total Rp. 800.000,-. Biaya persalinan itu dirasakan Lestari sangat berat. Beruntung sang bidan mengizinkan Lestari untuk menunda pembayaran hingga dia memiliki uang yang cukup untuk membayar.

Di daerah Indramayu banyak kasus yang hampir menyerupai kasus Lestari.

bidan membuat laporan ke Puskesmas. Tarif untuk pasien umum jauh lebih mahal daripada tarif pasien Askeskin.

Walaupun bidan praktik bisa menerima pasien yang menggunakan kartu Askeskin, terasa ada ketimpangan antara penerimaan biaya saat mereka membantu persalinan dengan status swasta dibandingkan dengan status Bides. Kondisi ini bisa saja memicu banyak Bides untuk jarang ada di wilayah tugas mereka dan memilih tinggal di kota untuk praktik. Menurut Bidan Uncum Sumarni, ia pernah mendapat penggantian dari Puskesmas sebesar Rp. 350.000,- per orang tetapi itu hanya beberapa bulan, kemudian kembali lagi dengan penggantian sebesar Rp. 150.000,- per orang. Hingga penelitian ini dilakukan bidan tidak pernah tahu bagaimana mekanisme penentuan besar biaya penggantian persalinan tersebut ditetapkan. Karena bidan hanya mengetahui jumlah biaya penggantian persalinan yang dibayarkan kepada mereka setelah membuat laporan ke Puskesmas. Jika tidak membuat laporan, bidan pun tidak mendapat biaya penggantian itu.

Pelayanan Keluarga Berencana (KB) lebih banyak didapatkan di Puskesmas karena ketersediaan alat kontrasepsi hanya ada di Puskesmas, sedangkan pada pelayanan lain seperti Posyandu, bidan sama sekali tidak memberikan pelayanan KB. Masyarakat bisa mendapatkan pelayanan KB secara gratis di Puskesmas satu kali dalam seminggu. Dalam cara pandang medis, persalinan yang aman sangat ditentukan oleh metode persalinan yang tepat serta tenaga penolong persalinan yang berkualitas sehingga ibu melahirkan benar-benar dapat dijamin keselamatannya. Namun demikian, proses persalinan yang lancar tanpa faktor penyulit juga sangat ditentukan oleh kondisi kesehatan ibu hamil, termasuk di sini adalah kecukupan gizi serta pemeriksaan rutin selama proses kehamilan. Bila semua faktor ini terpenuhi, maka AKI saat melahirkan dapat ditekan seminimal mungkin.

Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan tahun 2005, AKI untuk Kabupaten Lampung Utara tergolong rendah yakni 61,58 per 100.000 kelahiran, dan menurun lagi pada tahun 2006 yakni sebesar 32,49 per 100.000 kelahiran. Angka ini termasuk rendah dibandingkan dengan AKI di tingkat nasional sebesar 307 per 100.000 kelahiran. Rendahnya AKI di Kabupaten Lampung Utara disebabkan oleh tingginya angka kunjungan ibu hamil ke fasilitas pelayanan kesehatan. Terdapat sekurangnya 85,44% ibu hamil melakukan pemeriksaan sebanyak empat kali selama kehamilannya, sebagaimana terlihat dalam Tabel 2.7.

Tabel 2.7. memperlihatkan bahwa rendahnya angka AKI di Kabupaten Lampung Utara disebabkan oleh tingginya angka kunjungan ibu hamil ke fasilitas kesehatan serta tingginya persentase kelahiran yang ditolong oleh tenaga kesehatan yakni total sebesar 76,91%. Sementara itu, data dari Human Development Report tahun 2004 menyebutkan bahwa pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan jumlahnya sebesar 51,2%.

**Tabel 2.7.**  
**Cakupan Kunjungan Ibu Hamil K4, Ibu Hamil Risti, dan Persalinan Ditolong Tenaga Kesehatan di Kabupaten Lampung Utara, Tahun 2006**

Kecamatan	Puskesmas	Ibu Hamil				Ibu Bersalin		
		Jumlah	K4	%	Jumlah Risti	Risti Ditangani	%	Jumlah Ditolong Tenaga Kesehatan
Abung Barat	Ogan Lima	892	634	71,08	31	19	17,38	851
Abung Selatan	Kali Balangan	1.224	1.098	89,71	8	8	3,27	1.169
	Blambangan	395	373	94,43	6	6	7,59	377
Abung Semuli	Semuli Raya	611	490	80,20	11	11	9	583
Abung Surakarta	Tata Karya	729	636	87,24	4	4	2,74	695
Abung Tengah	Pekurun	735	635	86,39	2	2	1,36	702
Abung Timur	Bumi Agung	926	757	81,75	7	7	3,78	884
Abung Tinggi	Ulak Rengas	447	399	89,26	7	7	7,83	427
Bukit Kemuning	Bukit Kemuning	973	901	92,60	32	32	16,44	929
Bunga Mayang	Tl. Bawang Baru	811	682	84,09	31	31	19,11	774
Kotabumi	Kotabumi I	1.415	1.430	101,06	17	17	6,01	1.351
Kotabumi Selatan	Kotabumi II	1.164	1.143	98,20	0	0	8,59	1.112
Kotabuni Utara	Wonogiri	526	493	3,73				
Muara Sungkai	Madukoro	763	654	85,71	2	2	0	728
Sungkai Selatan	Karangsari	388	330	85,05	5	5	1,31	370
	Ketapang	632	590	93,35	18	18	6,44	603
	Cempaka	487	404	82,75	45	45	14,24	465
Sungkai Utara	Negara Ratu	684	484	70,76	7	7	46,20	653
	Kotanegara	517	304	58,80	3	13	12,57	493
	Gedung Negara	367	276	75,20	9	9	12,26	350
Tanjung Raja	Tanjung Raja	766	490	63,97	47	47	30,68	731
	<b>JUMLAH</b>	15.452	13.202	85,44	322	322	10,42	14.749
								11.343
								60,52
								81,78
								72,41
								60,03
								65,18
								100,14
								79,98
								74,94
								84,71
								81,01
								88,01
								94,78
								86,13
								76,76
								65,51
								85,16
								75,34
								41,78
								65,14
								52,94
								76,91

### 1.1. Keberadaan Bidan di Tengah Masyarakat

Pelayanan persalinan bagi perempuan bisa diperoleh pada fasilitas kesehatan seperti Rumah Sakit, Puskesmas, Polindes, dan Rumah Bidan. Sebanyak 54,7% perempuan di Sumba Barat lebih memilih bidan untuk membantu proses persalinan mereka. Pertolongan persalinan ini pun dilakukan di rumah pasien dengan cara menjemput bidan. Dalam kebi-



jakan Askeskin yang diimplementasikan dalam kebijakan daerah Sumba Barat, seluruh persalin-an diberikan dengan gratis, baik di Bides, Polindes maupun Puskesmas. Kalaupun ada masyarakat yang tetap membayar jasa bidan yang membantu persalinan tidak berupa uang tunai melainkan barang seperti kain atau sarung dan ayam peliharaan pasien sebagai bentuk terima kasih. Pihak lain, bidan pun sering tidak kuasa menolak pemberian pasien, berdasarkan penuturan bidan ada nilai-nilai di masyarakat, jika menolak pemberian pasien dianggap menghina atau tidak senang dengan pemberian tersebut. Jika tukar dalam nilai uang, maka jumlah pemberian tersebut antara Rp. 50.000,- hingga Rp. 300.000,-. Tetapi dalam kasus Desa Gaura, beberapa responden yang diwawancarai mengaku tetap memberikan bayaran uang kontan kepada bidan antara Rp. 50.000,- hingga Rp. 150.000,-. Responden tidak mengetahui biaya persalinan di bidan gratis dan bidan pun tidak pernah mengatakan bahwa jasa persalinan tersebut gratis. Sifat ambigu bidan memang membuat kebingungan masyarakat dalam mengakses pelayanan persalinan di bidan.

Hampir 90% perempuan yang melahirkan memilih melakukan persalinan di rumah dengan alasan dekat dengan keluarga. Selain jarak yang jauh dengan fasilitas kesehatan yang ada seperti Puskesmas dan Polindes yang ada tidak memadai sebagai tempat persalinan, karena bukan merupakan Puskesmas perawatan. Di Polindes pun belum ada sarana dan prasarana yang memadai seperti belum ada ruangan dan alat yang lengkap sebagai tempat bidan untuk membantu persalinan. Beberapa peralatan yang sering tidak dimiliki oleh bidan karena keterbatasan stok, antara lain, alat pengukur HB, tidak ada tes kehamilan, timbangan dan ukuran tinggi badan untuk ibu hamil dan bayi tidak ada, *mini dopler* (pemeriksaan denyut jantung), partus set yang sudah tumpul karena berusia tahunan dan juga alat penerangan yang dapat dibawa ke rumah-rumah penduduk.

Pertolongan yang dilakukan di rumah pasien bukan tanpa resiko. Pengakuan para bidan pun, persalinan yang dilakukan di rumah tetap membahayakan jiwa pasien. Bides Kalembo Kuni mengungkapkan beberapa kendala yang sering dijumpai bidan:

“Desain rumah panggung di Sumba Barat tidak dilengkapi dengan ventilasi udara yang memadai, sehingga ruangan menjadi sangat gelap. Kebanyakan keluarga miskin tidak mampu memberi penerangan yang memadai di rumah mereka, sehingga saat membantu persalinan, bidan kesulitan melihat secara jelas. Beberapa kali kondisi ini membuat bidan melakukan kesalahan walau tidak fatal, seperti saat menjahit rahim jalan lahir dan bahkan mencari beberapa peralatan medis, bidan pun kesulitan melihat dalam kegelapan.”<sup>16</sup>

Bidan mengaku belum mendapat bantuan lampu penerangan yang dapat dibawa saat menolong persalinan sekaligus kekurangan peralatan yang telah diuraikan di atas, belum ada pengiriman kekurangan alat tersebut, baik dari tingkat Puskesmas maupun Dinas Kesehatan.

---

<sup>16</sup> Wawancara Estiana Multi Bidan Kalembo Kuni, 8 Desember 2007

Faktor kondisi rumah pasien yang sangat terbatas memiliki air bersih, tidak ada ventilasi udara yang memadai, dan bau kotoran binatang yang berasal dari bawah rumah panggung, seringkali menyebabkan bidan tidak betah untuk menunggu berjam-jam sebelum proses persalinan. Bidan sering dijemput oleh keluarga maupun suami pasien, ketika pasien dalam kondisi pembukaan satu jalan lahirnya, sehingga proses menuju kelahiran butuh waktu berjam-jam bahkan bidan harus menginap di rumah pasien jika jaraknya sangat jauh.

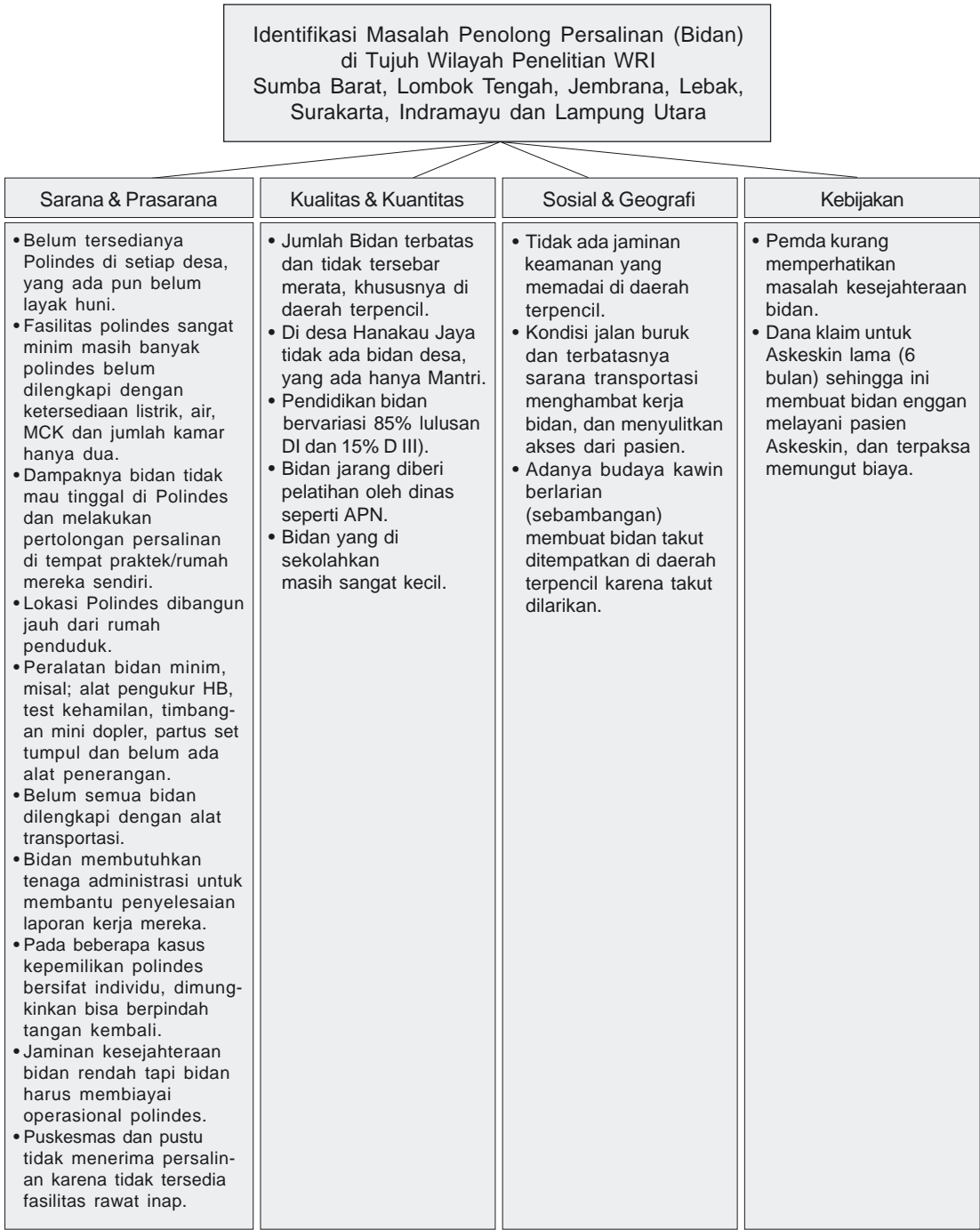
Kondisi lainnya adalah buruknya akses jalan dan transportasi menuju rumah penduduk yang tinggal di dataran tinggi. Bides belum banyak dilengkapi dengan alat transportasi pribadi seperti sepeda motor, karena jatah transportasi satu petugas untuk satu Puskesmas. Jadi dapat dibayangkan jumlah bidan dalam wilayah Puskesmas lebih dari enam orang, maka yang tidak mendapat jatah transportasi tersebut harus mengeluarkan biaya sendiri untuk menjangkau rumah pasien dan jumlahnya dapat mencapai Rp. 40.000,- satu kali perjalanan pulang pergi. Faktor transportasi ini sering menyebabkan bidan terlambat membantu persalinan dan akhirnya dukun tetap memiliki peran strategis untuk membantu persalinan para perempuan hamil yang tinggal di perkampungan yang jauh dan terisolir.

Tradisi masyarakat yang berpotensi negatif bagi KIA pun sampai saat ini masih dilakukan oleh masyarakat terpencil dan menganut apa yang mereka sebut agama Marapu. Setelah kelahiran bayi, secara prosedur bayi harus diberikan kepada sang ibu untuk mendapatkan ASI pertama. Tetapi dalam budaya masyarakat Marapu, sebelum bayi diberi nama dan cocok dengan nama yang diberikan oleh keluarganya, maka sang bayi akan diberi ASI oleh nenek. Setelah bayi dianggap tepat dengan pemberian namanya, bayi tersebut baru diberikan kepada ibunya.

Begitu juga saat ibu mengalami pendarahan yang sangat parah dan seharusnya dirujuk ke fasilitas kesehatan yang lebih memadai, pihak keluarga perempuan tidak serta merta mengijinkan bidan untuk memberikan rujukan. Mereka akan memanggil dukun dan melakukan upacara sesuai dengan tradisi apa yang mereka sebut agama Marapu. Jika dalam upacara ada wangsit yang memberi rujukan kepada dukun dan pihak keluarga untuk membawa pasien ke fasilitas kesehatan, mereka akan membawa perempuan itu. Tetapi seringkali keputusan tersebut terlambat yang mengakibatkan perempuan atau anak yang dikandungnya meninggal. Upacara ini masih dilakukan di Desa Gaura dan beberapa desa sekitarnya.

Dengan berbagai situasi dan kondisi di wilayah kerja mereka, Bides memang harus diuji dengan kemampuan yang mereka miliki, tidak hanya pertolongan kehamilan, persalinan, dan masa nifas. Tetapi kemampuan untuk menghadapi dinamika sosial yang sangat tinggi di wilayah kerja mereka, membuat para bidan menganggap sangat penting pendidikan dan pelatihan yang sangat memadai dapat mereka peroleh. Walaupun tidak dipungkiri masih ada juga Bides yang malas meningkatkan kemampuan diri mereka, sehingga masyarakat pun terkesan apatis dengan pertolongan persalinan yang mereka lakukan dan berpindah kepada dukun.





Tugas Bides memiliki tanggungjawab membantu persalinan perempuan dalam satu desa yang menjadi wilayah kerjanya. Sehingga mau tidak mau Bides harus mengetahui data kehamilan hingga persalinan perempuan hamil dalam satu desa tersebut, hal ini memudahkan bidan untuk dapat memberikan pertolongan saat akan bersalin. Pendataan

ibu hamil dan melahirkan biasa dilakukan bidan melalui Posyandu dan Polindes. Seperti penuturan Bides Estiana Multi dari Desa Kalembu Kuni berikut ini<sup>17</sup>

“Ada rencana kerja saya. Pada tanggal sekian saya bertugas di desa, tanggal sekian saya bertugas di Polindes... kalau ada jadwal kami sudah tahu mana ibu hamil yang akan melahirkan tho? Tapi kami tidak tahu pasti, hanya tafsiran saja. Jika ada yang saat lahir kami tidak tahu tetapi esok harinya mereka panggil kami, atau kalau mereka tidak panggil, kami sendiri yang datang untuk memberikan perawatan pusat... dukun tidak punya alat, kalau kami tahu lahir, kami langsung pergi kasih perawatan.”

Perempuan hamil yang rajin memeriksakan kandungannya secara otomatis tercatat dalam jadwal kelahiran bidan. Dengan demikian bidan akan selalu memantau perkembangan ibu hamil menjelang kelahirannya dan pada hari kelahirannya, bidan sudah bersiap-siap untuk mendatangi rumah pasien, baik atas inisiatif sendiri maupun dijemput oleh keluarga pasien. Bagi desa yang tidak memiliki Bides, maka pembuatan peta sasaran perempuan hamil dan akan melahirkan sekaligus membutuhkan pelayanan kesehatan, tidak akan ada yang mendata. Faktor itulah salah satu penyebab tingginya masyarakat yang meminta bantuan dukun membantu persalinan mereka.

Boleh dikatakan Bides adalah tenaga kesehatan yang paling banyak dan cukup mudah ditemui oleh masyarakat selain dokter. Dari segi kuantitas, jumlah bidan memang jauh lebih banyak, begitu juga dengan penyebaran bidan di desa-desa, sedangkan dokter dengan jumlah yang sangat kecil penyebarannya pun hanya di daerah kota, sangat sulit ditemui di pedesaan. Kurangnya jumlah Polindes di Sumba Barat menyebabkan Bides tinggal di rumah pribadi mereka ataupun menumpang di kompleks Puskesmas. Rumah bidan biasanya terletak di pusat desa. Bagi masyarakat yang tinggal di pusat desa, maka cukup mudah untuk mengakses bidan. Karena jika bidan tidak bertugas di Puskesmas, Posyandu maupun Polindes, bidan bersedia didatangi kapan saja jika bidan berada di rumah. Peluang ini membuka kemudahan bagi pasien yang ingin memeriksakan diri ke bidan. Akan tetapi dengan kondisi perkampungan di Sumba Barat berada di dataran tinggi dan letaknya cukup jauh dari pusat desa antara 1-15 km menuju rumah bidan dengan kondisi jalan yang menurun dan cukup terjal, ditambah belum adanya transportasi dari dan menuju perkampungan, walaupun sudah ada beberapa perkampungan yang dapat ditempuh dengan menggunakan ojek, tetapi masih banyak perkampungan yang hanya dapat ditempuh dengan berjalan kaki. Memakan waktu sekitar satu jam perjalanan yang harus ditempuh para perempuan hamil untuk dapat mengakses bidan. Karena itu tidak heran akhirnya faktor jarak dan waktu tempuh menjadi pertimbangan utama saat perempuan ingin mengakses ke bidan.

---

<sup>17</sup> *Ibid*

Sebagaimana telah dijelaskan di bagian sebelumnya, di Surakarta menurut catatan Dinas Kesehatan tahun 2006 terdapat 1.919 bidan yang bertugas melayani penduduk Surakarta yang berjumlah 512.898 jiwa. Bidan yang disebutkan tersebut sebagian besar bertugas di rumah sakit (53,1%), sedangkan yang bertugas di Puskesmas termasuk Pustu dan Polindes sebanyak 31,9%. Sebagian besar bidan yang ditemui di wilayah penelitian tidak hanya bekerja di Puskesmas tetapi juga membuka praktik pribadi di tempat tinggalnya. Biasanya mereka bertugas di Puskesmas pada pagi hingga siang ataupun sore hari

**Tabel 2.8.**  
**Faktor yang Mempengaruhi Akses terhadap Tenaga Bidan di 7 Wilayah Penelitian**

Faktor Pendorong	Faktor Penghambat
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dengan adanya kebijakan Pemerintah daerah di beberapa daerah bahwa semua persalinan yang ditolong oleh bidan menjadi gratis (fasilitas Askeskin, JKJ-Jembrana).</li> <li>2. Bidan memiliki peralatan yang lebih lengkap dibandingkan dukun.</li> <li>3. Kedekatan hubungan emosional bidan dan pasien sehingga pasien merasa nyaman dan memudahkan bidan untuk mengajak pasien datang kepada bidan.</li> <li>4. Bidan mau datang kerumah pasien untuk membantu persalinan.</li> <li>5. Pengobatan yang diberikan bidan cocok bagi pasien, sehingga pasien senang datang ke bidan.</li> <li>6. Peran kader yang besar dalam mensosialisasikan ke masyarakat untuk datang ke bidan.</li> <li>7. Jarak dan biaya pelayanan bidan relatif terjangkau (daripada dokter).</li> <li>8. Jumlah bidan lebih banyak daripada dokter.</li> <li>9. Fleksibilitas pelayanan dan pembayaran (pada kasus tertentu, pasien bisa hutang atau membayar secara mencicil kepada bidan atas pelayanan pengobatan maupun persalinan, bahkan ada pula bidan yang membebaskan biaya karena tahu pasiennya benar-benar tidak mampu).</li> <li>10. Telah dinyatakan beresiko atau bermasalah pada kehamilannya, membuat ibu bersalin memilih bidan daripada dukun.</li> <li>11. Bidan adalah perempuan, sehingga ini memberi rasa nyaman pada pasien saat pemeriksaan kehamilan dan penyakit.</li> <li>12. Adanya pengalaman kehamilan bermasalah membuat ibu hamil memutuskan memilih bidan.</li> <li>13. Bidan adalah perempuan, sehingga ini memberi rasa nyaman pada pasien saat pemeriksaan kehamilan, penyakit. Di Lampung Utara perempuan enggan membuka auratnya kepada selain perempuan termasuk untuk pemeriksaan kesehatan, karena nilai agama yang kuat.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bidan terkadang sulit ditemui, karena jarang di rumah atau tidak ada di tempat, atau tinggal tidak di wilayah kerja sehingga pasien kesulitan mengakses bidan.</li> <li>2. Walaupun pelayanan di bidan desa gratis, pasien malu jika tidak memberikan sesuatu (berupa ayam, uang dan kain) kepada bidan sebagai ucapan terima kasih.</li> <li>3. Bidan tidak secara tegas mengatakan biaya persalinan yang mereka berikan gratis, sehingga membingungkan pasien.</li> <li>4. Pasien tidak mengerti posisi bidan desa saat melayani di Puskesmas, Polindes dan di rumah, karena jika melayani di rumah, pasien menganggap bidan sedang melakukan praktik, karena faktanya beberapa bidan memang melakukan praktik di sore hari.</li> <li>5. Pada beberapa kasus bidan tidak terlalu ramah saat memberikan pelayanan kepada pasien dan terkesan hanya sekedar memberikan pelayanan (terlebih pada pengguna Askeskin) dan tidak terlalu telaten dibandingkan dengan dukun.</li> <li>6. Jumlah bidan terbatas di daerah-daerah terpencil, bahkan kadang tidak tersedia.</li> <li>7. Biaya persalinan di bidan mahal bagi masyarakat miskin yang tidak punya Askeskin, antara Rp.350.000,- – Rp.600.000,-. Untuk kasus persalinan yang sulit, biayanya bisa mencapai 1 juta rupiah.</li> <li>8. Bidan bekerja rangkap. Selain bertugas di Puskesmas juga membuka praktik di rumah. Hal itu membuat bidan kadang tidak ada saat diperlukan.</li> <li>9. Pelayanan terbatas (hari dan jam kerja). Ada bidan yang bersedia dipanggil kapan pun ke rumah pasien untuk menolong persalinan, tetapi ada pula yang tidak bersedia, terlebih bila ke tempat pasien yang kondisi rumahnya sangat kecil, tidak ada jaminan air bersih.</li> <li>10. Bidan terlalu banyak melayani pasien sehingga pasien harus antri dan menunggu lama.</li> <li>11. Jarak menuju tempat bidan sangat jauh, transportasi juga terbatas dan membutuhkan waktu tempuh yang lama pula, sehingga pasien harus berpikir 2 kali untuk mendatangi bidan.</li> <li>12. Bidan melakukan tindakan menjahit di jalan lahir saat membantu persalinan, sedangkan dukun tidak melakukan itu. Dengan alasan itu pasien lebih memilih ke dukun daripada ke bidan.</li> </ol>

sepulang bekerja mereka memberikan pelayanan kesehatan di sekitar tempat tinggalnya. Keberadaan bidan ini dirasakan sangat penting di tengah masyarakat karena paling sering dipilih kaum perempuan saat membutuhkan pelayanan yang terkait dengan KIA, terutama saat bersalin. Selain karena pertimbangan lebih dekat dengan tempat tinggal penduduk, pelayanan bidan juga lebih murah dibandingkan dengan dokter. Adapun pelayanan yang diberikan oleh bidan meliputi pemeriksaan kehamilan, persalinan, pasca persalinan, dan juga imunisasi bayi. Untuk kebutuhan pemeriksaan kehamilan biasanya bidan melakukan pengukuran tekanan darah ibu, menimbang berat badannya serta memeriksa kondisi kandungan ibu untuk memastikan kondisi kesehatan bayi dalam kandungan. Selanjutnya bidan akan memberikan vitamin serta zat besi kepada ibu hamil. Untuk sekali proses pemeriksaan kehamilan biasanya pasien dikenakan biaya berkisar Rp. 10.000,- hingga Rp. 20.000,- lengkap dengan obat atau vitamin.

Untuk persalinan biasanya bidan memberikan pertolongan persalinan pada pasien yang datang ke Puskesmas, Rumah Sakit ataupun pasien yang datang ke tempat praktik di rumah tinggal bidan. Tidak jarang bidan juga mendatangi pasien yang hendak melahirkan bila memang kondisinya memungkinkan. Beberapa bidan yang ditemui di wilayah penelitian Surakarta mengakui jarang melakukan pertolongan persalinan di tempat tinggal pasien sekalipun ada permintaan dari pihak pasien kecuali pada keadaan darurat. Hal itu terjadi karena bidan tidak ingin mengambil resiko menolong persalinan di tempat yang belum terjamin dari sisi kebersihan dan kelayakannya.

Sebagaimana dituturkan oleh bidan Tri Keksi dari Kelurahan Sangkrah yang memiliki pengalaman menghadapi permintaan ibu yang ingin ditolong melahirkan di rumahnya yang ternyata sangat sempit (berukuran 2x2 m) dan berlantai tanah. Bidan Keksi mengakui ada dilema tersendiri untuk memutuskan mau atau tidak melakukan pertolongan persalinan karena dia merasa bertanggungjawab memastikan adanya proses persalinan yang aman. Sementara di sisi lain, kondisi ibu memang sudah tidak memungkinkan untuk dipindahkan ke tempat praktik bidan yang letaknya cukup jauh dari rumahnya, karena ibu dalam keadaan telah mengalami pembukaan penuh dan siap melahirkan bayinya. Akhirnya, sang bidan menolong persalinan ibu tersebut yang berbaring di sehelai tikar sederhana di rumahnya yang sempit. Kondisi ini menurut bidan Keksi cukup beresiko buruk bagi kesehatan sang ibu karena tempat persalinan yang kurang bersih, serta minimalnya ketersediaan air bersih yang diperlukan untuk melakukan pencucian serta sterilisasi peralatan. Namun karena kepedulian sosial dan kondisi ibu yang sudah darurat hendak melahirkan, maka bidan tersebut mau menolong persalinan.

Setelah proses persalinan seorang pasien diharuskan melakukan pemeriksaan kesehatan untuk mengecek kondisi jahitan, rahim ibu pasca persalinan, memeriksa kondisi bayinya serta melakukan imunisasi bagi bayi. Pemeriksaan pasca persalinan ini sangat penting untuk memastikan proses pemulihan kondisi ibu berjalan normal dan meminimalkan adanya resiko komplikasi pasca melahirkan yang menjadi penyebab utama terbesar kasus kematian ibu. Di Surakarta tidak terdapat bidan yang mendatangi pasiennya untuk

mengecek kondisi pasien pasca persalinan. Pasien yang harus mendatangi bidan, baik ke Puskesmas, Rumah Sakit ataupun tempat praktik bidan.

## **1.2. Kualitas Layanan Bidan**

Pada pelayanan persalinan, perempuan hamil di Kabupaten Lombok Tengah mendapatkan beberapa kemudahan di antaranya dengan pembebasan biaya persalinan di Puskesmas dan Polindes, sesuai dengan SK Bupati tahun 2003 yang membebaskan biaya persalinan bagi semua perempuan di Puskesmas dan Polindes dengan membawa kartu KIA.

Meski Surat Keputusan (SK) Bupati telah diberlakukan, masih ada sejumlah persoalan dalam penerapannya. Pertama, karena sosialisasi SK Bupati tidak dilakukan secara terus-menerus oleh petugas kesehatan termasuk bidan. Masyarakat menilai bidan tidak tegas terhadap aturan tersebut. Hasil wawancara dengan beberapa responden mengungkapkan, saat bersalin di Puskesmas ataupun Polindes, bidan tidak langsung mengatakan kepada pasien bahwa biaya persalinan tersebut gratis. Kalau pasien membayar kepada bidan, uang tersebut dianggap sebagai ucapan terima kasih pasien kepada bidan. Padahal pasien menginginkan bidan mengatakan dengan tegas apakah mereka harus membayar biaya persalinan atau tidak. Pasien mengaku malu jika tidak memberikan apapun kepada bidan padahal bidan telah berjasa membantu proses persalinan mereka.

Dalam ketentuan SK Bupati tahun 2003 tersebut sebenarnya sudah diatur mengenai biaya penggantian untuk bidan, berupa biaya kompensasi sebesar Rp. 100.000,- hingga Rp. 125.000,- yang bisa ditagihkan kepada Puskesmas. Artinya, sudah ada alokasi biaya untuk pekerjaan membantu persalinan yang dilakukan oleh bidan. Tetapi menurut ketua IBI sekaligus bidan Puskesmas Praya, Hj. Badriah, di Puskesmas Praya bidan yang menagih dana tersebut sangat sedikit. Bahkan dana yang dialokasikan hampir utuh karena bidan telah menerima biaya penggantian dari pasien atau karena ada faktor-faktor lain. Puskesmas Praya pun mengakui bahwa bidan masih menerima uang dari pasien. Sama dengan asumsi bidan, petugas Puskesmas mengatakan bahwa pemberian tersebut adalah ungkapan terima kasih pasien kepada bidan. Tetapi bagi perempuan miskin, pemberian ucapan terima kasih kepada bidan yang berkisar antara Rp. 50.000,- hingga Rp. 200.000,- tetap jauh lebih mahal dibandingkan dengan pemberian kepada dukun yang biasanya berkisar antara Rp. 25.000,- hingga Rp. 100.000,-.

Pelayanan persalinan oleh Bides memiliki pola yang berbeda-beda. Seperti di Kelurahan Gerunung, bidan melakukan pelayanan persalinan di rumahnya sendiri padahal dalam status penempatan bidan tersebut adalah Bides yang bertugas melakukan pelayanan di Polindes. Ibu hamil kesulitan mencari bidan di Polindes, karena bidan lebih banyak berada di rumah pribadi. Walaupun dalam jam kerja umum (pukul 08.00-14.00) sekalipun, bidan tidak berada di Polindes. Masih adanya kebingungan masyarakat terhadap mekanisme penempatan Bides, karena dari sisi bidan sendiri tidak pernah mengatakan dengan transparan jadwal tugas mereka, sehingga masyarakat pun enggan mempertanyakan hal terse-

but. Akibatnya, setiap ibu hamil yang akan bersalin harus datang ke rumah pribadi bidan sehingga ibu hamil mengasumsikan bidan membuka praktik pribadi. Dengan kondisi ini pasien harus membayar lebih mahal yaitu rata-rata Rp. 75.000,- hingga Rp. 200.000,- jauh dari standar biaya pelayanan di Polindes maupun Puskesmas yang hanya sebesar Rp. 15.000,- hingga Rp. 30.000,-. Kondisi ini bahkan bertolak belakang dengan keputusan Bupati Lombok Tengah tahun 2003 yang membebaskan biaya persalinan di Puskesmas dan Polindes bagi ibu hamil yang menggunakan buku KIA.

Pasien mengaku ada yang mengetahui SK Bupati tersebut tetapi mereka tidak berani bertanya kepada bidan saat bidan Polindes sedang bertugas di rumah pribadi, meski itu akibatnya masyarakat harus membayar tarif yang ditetapkan bidan. Sebagaimana tutur Bidan Hj. Sundari<sup>18</sup> di Kelurahan Gerunung yang menetapkan tarif sesuai dengan kondisi ekonomi pasien.

“Berapa pun biaya yang diberikan pasien saya terima, dan yang jelas jauh lebih rendah dari biaya persalinan bidan praktik di Kelurahan Praya.”

Dari biaya tersebut bidan juga mengaku harus memberi uang kepada dukun yang membawa pasien ke rumahnya sebesar Rp. 25.000,- setiap persalinan. Biaya persalinan ini terbilang mahal bagi perempuan miskin di Kelurahan Gerunung, karena selain biaya persalinan masih ada biaya transportasi dan biaya makan yang harus dikeluarkan pasien jika bersalin di bidan. Akibatnya, beberapa perempuan miskin lebih memilih datang ke dukun yang biayanya jauh lebih murah daripada bidan.

Situasi ini sebenarnya sering dikeluhkan oleh masyarakat maupun kader-kader Posyandu. Mereka telah mencoba menyampaikan keluhan tersebut ke tingkat kelurahan dan Puskesmas agar Polindes dimanfaatkan sebagaimana mestinya. Ketua kader<sup>19</sup> Posyandu Kelurahan Gerunung juga sering mengusulkan kepada Kepala Puskesmas agar Polindes ditempati oleh bidan. Namun sejauh ini sanksi terhadap bidan tidak dapat diberikan. Kepala Puskesmas Praya<sup>20</sup> mengaku tidak bisa memberikan sanksi administrasi karena belum ada kewenangan yang dimiliki Puskesmas dalam hal ini. Kondisi hampir sama juga terjadi di Desa Ketare, Polindesnya tidak termanfaatkan karena tidak memiliki Bides. Pada awalnya Polindes pernah ditempati seorang Bides, tetapi tidak bertahan lama karena bidan kemudian pindah dari Desa Ketare tanpa alasan yang jelas menurut masyarakat. Beberapa petugas Puskesmas sendiri mengatakan kondisi Polindes yang tidak layak dan keamanan yang buruk di Desa Ketare, membuat Puskesmas belum berani menempatkan Bides di situ. Pada awal tahun 2007 Desa Ketare memiliki Bides sendiri, tetapi bidan tetap tidak menetap di desa. Bidan hanya akan datang pada jadwal Posyandu, atau jika

<sup>18</sup> Wawancara dengan Bidan. Hj. Sundari, 12 April 2007.

<sup>19</sup> Wawancara dengan Bq. Megawati, ketua Kader dan ketua PKK Kelurahan Gerunung, 18 April 2007.

<sup>20</sup> Wawancara dengan Kepala Puskesmas Praya, 20 April 2007.



ada permintaan kader Posyandu yang membutuhkan suntikan bagi ibu-ibu yang akan melakukan persalinan di dukun.

Jika ada ibu hamil yang akan melahirkan harus pergi ke Puskesmas Sengkol yang berjarak 3-5 km dari beberapa dusun di Desa Ketare. Jarak ini sebenarnya tidak terlalu jauh, tetapi yang menjadi masalah adalah akses transportasi dan jalan yang buruk, sementara transportasi yang tersedia hanya Cidomo<sup>21</sup> dan ojek. Dengan kondisi jalan tidak beraspal, sangat beresiko ibu hamil yang akan melahirkan untuk bepergian dengan menggunakan Cidomo atau ojek. Keengganan bidan menetap sekaligus bertugas di Polindes umum terjadi di Kabupaten Lombok Tengah. Bidan lebih banyak berkonsentrasi menjadi petugas Puskesmas, walaupun sebenarnya mereka memiliki tanggungjawab di desa atau kelurahan tertentu. Keadaan ini bisa memperparah pelayanan persalinan dan kesehatan yang seharusnya diterima oleh perempuan-perempuan desa. Mengutip perkataan Dra. Harni Koesno, MKM, Ketua Umum PP Ikatan Bidan Indonesia<sup>22</sup> kendala yang dihadapi Bides bisa berasal dari tiga hal. Kendala *pertama* berasal dari bidan itu sendiri, seperti kurang peka atau kurang adaptasi. *Kedua* dari masyarakat seperti partisipasi masyarakat yang kurang, sosial budaya masyarakat, dan penerimaan masyarakat terhadap bidan. Kendala *ketiga* adalah pemerintah kurang memperhatikan keadaan bidan di desa, misalnya tempat tinggal, atau kebutuhan hidupnya.

Kualitas bidan akan sangat menentukan keberhasilan proses persalinan secara normal dan aman. Kualitas di sini dipengaruhi oleh beberapa aspek, di antaranya adalah tingkat pendidikan dan keterampilan bidan, pengalaman menangani persalinan — terkait dengan lamanya waktu, serta kemauan bidan untuk melakukan proses pertolongan persalinan sesuai dengan standar keamanan yang telah ditentukan oleh Dinas Kesehatan. Beberapa bidan mengakui telah mengikuti berbagai macam seminar, pelatihan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilannya, bahkan ada pula yang bersedia menempuh pendidikan untuk meningkatkan kemampuannya. Sebagaimana yang dilakukan oleh Bidan Anggraini<sup>23</sup> yang menempuh beberapa tahap pendidikan mulai dari sekolah kebidanan setara SMA, selanjutnya mengikuti tambahan pendidikan D1, dan kemudian melanjutkan lagi ke tingkat Diploma dan akhirnya memperoleh sertifikat sebagai bidan Delima. Dengan adanya sertifikat sebagai bidan Delima, menurutnya seorang bidan akan lebih diakui kompetensinya dalam melakukan pertolongan persalinan serta memberikan pelayanan KIA. Bidan Delima juga dipersiapkan untuk mampu menggantikan peran dokter dan diberi kewenangan untuk bertindak seperti dokter bilamana kondisi darurat dan tidak ada dokter yang tersedia.

Pihak pemerintah Kota Surakarta sendiri menerapkan aturan yang mengharuskan semua bidan, baik bidan baru maupun yang senior untuk mengikuti pendidikan APN sebagai prasyarat untuk memiliki surat ijin praktik bidan. Dalam APN diajarkan teknik-

---

<sup>21</sup> Alat transportasi khas di Pulau Lombok yang ditarik oleh kuda.

<sup>22</sup> Majalah *Farmacia* Vol. 6 No. 12, Juli 2007.

<sup>23</sup> Wawancara dengan Bidan Anggraini di tempat prakteknya di kelurahan Gilingan, 13 Agustus 2007.



teknik pertolongan persalinan yang terbaru serta diajarkan berbagai prosedur standar yang harus dipenuhi oleh bidan saat menolong persalinan, misalnya syarat kelengkapan peralatan, teknis sterilisasi, penggunaan zat tertentu untuk sterilisasi, dan sebagainya. Kebijakan ini tidak sepenuhnya disambut gembira oleh para bidan, terutama mereka yang telah lama menjalankan profesi sebagai bidan. Mereka menganggap APN tidak terlalu banyak memberikan tambahan pengetahuan dan keterampilan kepada mereka yang telah memiliki pengalaman panjang berpraktik menolong persalinan.

Di sisi lain, masyarakat memilih mendatangi pelayanan bidan tertentu dilatarbelakangi adanya pengalaman kecocokan, kedekatan psikologis maupun juga pengaruh dari cerita tentang reputasi serta kualitas pelayanan bidan dari tetangga, keluarga, teman atau masyarakat sekitarnya. Eni,<sup>24</sup> seorang responden dari Kelurahan Sangkrah mengakui lebih senang memilih melahirkan ke bidan tertentu karena pertimbangan usia bidan (Eni lebih nyaman ditangani oleh bidan yang usianya sudah lanjut). Selain itu, Eni juga mempertimbangkan faktor pengalaman sebagai bidan, selain juga pertimbangan kecocokan dan biaya yang dirasa lebih murah. Bidan juga selalu ada di tempatnya saat dibutuhkan dalam waktu 24 jam. Selain itu dia telah merasa dekat secara psikologis karena bidan tersebut biasa dituju-nya saat memeriksakan kehamilan, saat bersalin anaknya yang pertama maupun saat anaknya sakit. Status bidan Delima atau tidak, bukan menjadi satu-satunya penentu pilihan pasien untuk datang. Persalinan di bidan praktik juga dirasakan nyaman karena perhatian bidan lebih fokus mengingat pasien yang ditanganinya lebih sedikit dibandingkan persalinan di rumah sakit.

Di Kabupaten Indramayu akses perempuan menuju bidan, dilihat dari sisi jarak, terlihat ada perbedaan di daerah perkotaan dan pedesaan. Di perkotaan, atau kecamatan kota, perempuan bisa mengakses bidan dengan jarak 0-3 km. Karena jumlah bidan relatif lebih banyak tersebar di perkotaan, sedangkan desa yang jauh dari kecamatan kota, mereka bisa mengakses bidan dengan jarak tempuh hingga 10 km menuju kota kecamatan, dan jika ingin mengakses bidan di kota, sebagai gambaran Desa Amis berjarak  $\pm$  30 km menuju Kota Indramayu. Jika bidan tidak ada di kota kecamatan, maka perempuan harus mengakses bidan maupun fasilitas lainnya di Kota Indramayu yang jarak tempuhnya sangat jauh. Beberapa desa di pinggiran Kota Indramayu memiliki kasus yang hampir sama karena perempuan masih kesulitan mengakses bidan jika bidan tidak berada di desa mereka.

Tidak berbeda jauh dengan jarak menuju bidan, waktu tempuh pun mengikuti jarak tempuh mengakses bidan. Jika perempuan menggunakan angkutan umum, maka mereka akan menempuh waktu hingga 30 menit menuju kota kecamatan yang berjarak 10 km, jika lebih jauh, perempuan bisa menempuh waktu antara 60-90 menit jika menuju Kota Indramayu. Belum lagi ditambah dengan alat transportasi yang mereka gunakan tidak

---

<sup>24</sup> Wawancara di rumah responden di kelurahan Sangkrah, 8 Agustus 2007.

satu kali jalan, melainkan harus mengganti beberapa angkutan untuk bisa mencapai kota kecamatan maupun Kota Indramayu. Hal ini sangat mempengaruhi beban biaya yang harus mereka keluarkan.

Biaya pelayanan umum di bidan untuk pemeriksaan anak-anak dikenakan tarif sebesar Rp. 15.000,- dan pelayanan untuk dewasa Rp. 20.000,- biaya tersebut sudah termasuk pemeriksaan dan pemberian obat. Dibandingkan dengan pelayanan dokter, biaya bidan lebih rendah, tarif dokter sebesar Rp. 25.000,- hingga Rp. 30.000,- per pelayanan dan terkadang di luar resep dokter yang harus ditebus lagi oleh pasien. Untuk biaya pemeriksaan kehamilan di bidan praktik sebesar Rp. 10.000,- hingga Rp. 20.000,-. Biaya ini termasuk vitamin yang akan diberikan kepada ibu hamil selama melakukan pemeriksaan di bidan, sedangkan untuk biaya persalinan berkisar antara Rp. 350.000,- hingga Rp. 500.000,- walaupun bidan mengakui sering juga menerima tarif yang lebih rendah sekitar Rp. 100.000,- hingga Rp. 200.000,- bagi keluarga miskin yang tidak mempunyai Askeskin atau dari keluarga bidan. Biaya persalinan tersebut sudah termasuk pembuatan akte bagi anak, sedangkan biaya persalinan jika bidan dijemput oleh pasien adalah sebesar Rp. 350.000,- dan Rp. 150.000,- untuk dukun yang juga membantu bidan. Biaya penggantian persalinan yang dilakukan bidan bagi perempuan miskin yang memiliki kartu Askeskin, jika bidan mengklaim di Puskesmas maka mendapat penggantian sebesar Rp. 150.000,- per pasien yang dibantu oleh Bides maupun bidan praktik.

Menurut bidan Uncum Sumarni dari Kecamatan Cikedung, perbedaan yang sangat mencolok antara persalinan antara keluarga miskin dengan pasien umum, membuat bidan lebih suka menerima bayaran langsung dari pasien, karena bidan seringkali harus menunggu proses persalinan pasien sehari semalam. Pola pembayaran sebesar Rp. 350.000,- per pasien pernah diberlakukan oleh Dinas Kesehatan Indramayu selama beberapa bulan, setelah itu terhenti dan kembali pada penggantian awal. Sementara itu, tarif pemasangan alat kontrasepsi, suntikan untuk jangka waktu tiga bulan adalah Rp. 15.000,- sedangkan suntikan untuk satu bulan jauh lebih mahal sebesar Rp. 20.000,- untuk pemasangan IUD Rp. 50.000,- hingga Rp. 100.000,- serta implant sebesar Rp. 150.000,-. Tetapi untuk pil KB yang biasanya dijual murah, bidan menjual pil andalan seharga Rp. 15.000,- per kaplet.

Bidan praktik tidak hanya menerima pasien umum, pasien Askeskin pun diterima untuk dilayani. Menurut bidan Uncum Sumarni, jika bidan melakukan *klaim* terhadap pelayanan yang dilakukan bidan terhadap pasien Askeskin, Puskesmas bisa memberikan biaya penggantian. Tetapi jika pasien menggunakan Surat Keterangan Miskin (SKTM) bidan tidak menerima, karena surat SKTM hanya bisa digunakan jika melakukan rujukan ke rumah sakit.

Layanan yang diberikan bidan saat kehamilan adalah menimbang berat badan ibu hamil, memeriksakan kondisi bayi dalam kandungan dengan mendengarkan detak jantung bayi melalui sebuah alat yang disebut *dopler*. Bidan juga memastikan letak bayi dalam kandungan dalam posisi yang tepat, namun bila ternyata posisi bayi belum tepat bidan akan memberikan beberapa saran kepada si ibu agar posisi bayi menjadi normal, misalnya

dengan melakukan senam hamil, gerakan mengepel, dan sebagainya. Bidan juga memberikan vitamin serta penambah darah, zat besi kepada ibu hamil guna mencegah terjadinya anemia pada ibu hamil. Untuk rangkaian pemeriksaan kehamilan ini bidan biasa mengenakan tarif Rp. 5.000,- di unit pelayanan Posyandu.

Tidak kalah pentingnya adalah pemberian informasi kepada ibu hamil tentang makan sehat yang harus dikonsumsi pada saat hamil serta anjuran untuk tidak memijat perut selama hamil karena dikhawatirkan mempengaruhi posisi dan kesehatan bayi dalam kandungan. Anjuran untuk tidak mengurut atau memijat perut saat hamil ini sangat ditekankan oleh bidan, secara halus hal itu mengingatkan agar ibu hamil tidak pergi ke dukun beranak yang biasa memijat perut ibu hamil. Hal itu dilakukan karena menurut pengalaman bidan di wilayah penelitian, ibu hamil di Lampung Utara biasa mengurut perut ke dukun untuk memastikan posisi bayi normal. Namun di sisi lain, pemijatan yang dilakukan secara tidak tepat menurut bidan justru akan membahayakan keselamatan bayi dalam kandungan karena bisa menyebabkan bayi terlilit pusar.

### **1.2.1. Persalinan**

Proses persalinan yang dilakukan oleh tenaga bidan diharapkan mengacu pada pedoman pertolongan persalinan dan buku standar pelayanan kebidanan yang dikeluarkan oleh Dinas Kesehatan Propinsi Lampung. Standar pertolongan persalinan ini mensyaratkan beberapa prosedur tatalaksana persalinan seperti penggunaan sarung tangan, obat desinfektan untuk mensterilkan peralatan, atau aturan untuk merebus peralatan sebelum digunakan menolong persalinan, kelengkapan peralatan dasar pertolongan persalinan, dan sebagainya. Setiap bidan diharapkan juga memantau secara teliti perkembangan proses persalinan normal. Salah satu ketentuan yang harus dipatuhi oleh bidan adalah bila dalam persalinan placenta tidak keluar dalam waktu 30 menit, maka pasien harus segera dirujuk ke rumah sakit. Setelah persalinan, biasanya bidan akan menengok pasiennya pada hari ke-3, satu minggu, dan tiga minggu untuk memeriksa kondisi kesehatan pasiennya pasca persalinan.

Tarif persalinan untuk pasien peserta Askeskin adalah gratis, sedangkan bagi pasien bukan peserta Askeskin, tarifnya normal Rp. 350.000,-. Apabila menggunakan alat bantu, maka tarif persalinan menjadi Rp. 400.000,-. Dalam kenyataannya, pasien pengguna Askeskin kadang masih membayar sejumlah uang kepada bidan sebagai ucapan terima kasih yakni sebesar Rp. 150.000,- dan beberapa bidan mengakui tidak akan menolak bila pasien masih memberikan sejumlah uang kepadanya. Secara pribadi bidan tidak meminta bayaran pada pengguna Askeskin, namun mereka juga tidak menolak jika diberi uang. Praktik penerimaan uang lain-lain ini seharusnya tidak terjadi mengingat fasilitas Askeskin ditujukan untuk meringankan beban masyarakat miskin dari biaya kesehatan. Terlebih lagi bidan dapat melakukan *klaim* kepada pihak Askeskin untuk mendapat penggantian biaya sebesar Rp. 300.000,- untuk setiap persalinan. Sehingga menjadi tidak adil jika bidan masih juga mau menerima uang dari pasiennya yang mungkin tidak mengerti adanya fasilitas kemudahan dan pembebasan biaya persalinan bagi pemegang kartu Askeskin.

Di wilayah tertentu di Kecamatan Kotabumi Ilir, Lampung Utara bahkan terjadi kasus penyalahgunaan fasilitas Askeskin. Terdapat oknum bidan yang mendatangi ibu pasca persalinan walaupun bidan tersebut tidak ikut menolong persalinan melainkan dukun. Bidan sengaja meminta salinan kartu Askeskin ibu bersalin untuk digunakan dalam pengajuan *klaim* kepada Askeskin.

### **Salsabilah**

#### **Studi Kasus Kelurahan Cempedak, Kecamatan Kotabumi, Lampung Utara**

Salsabilah berasal dari Serang namun besar di Lampung Utara, lahir pada tahun 1967, jadi saat ini berusia 40 tahun. Salsabilah adalah anak ke delapan dari sepuluh orang bersaudara. Salsabilah pernah bersekolah hingga kelas 2 SD dan akhirnya terhenti karena keterbatasan ekonomi kedua orang tuanya. Tidak lama setelah mendapatkan menstruasi pertamanya, Salsabilah menikah di usia 16 tahun dengan Ahmad Toni yang usianya satu tahun lebih tua dari Salsabilah. Menikah di usia muda bagi keluarga Salsabilah bukanlah hal yang aneh, mengingat kebiasaan yang terjadi di masyarakat saat itu. Bila seorang anak gadis telah mendapatkan menstruasi pertamanya, maka itu merupakan pertanda bahwa mereka telah siap untuk menikah. Menurut mereka dengan menikahkan anak gadis mereka maka hal itu setidaknya akan mengurangi beban ekonomi yang selama ini dirasakan menghimpit.

Setelah Salsabilah menikah dengan Ahmad Toni yang berasal dari daerah Serang, Jawa Barat juga, satu tahun kemudian Salsabilah melahirkan anak pertamanya di usianya yang ke 17 tahun. Untuk mencukupi kebutuhan ekonomi, sehari-harinya Salsabilah bekerja serabutan menawarkan jasa kepada tetangga atau orang yang membutuhkan jasa tukang cuci, memotong rumput, bersih-bersih rumah. Begitu pula dengan suaminya Ahmad Toni yang juga bekerja serabutan sesuai permintaan, misalnya menggali sumur, menebang, dsb. Penghasilan mereka dalam sebulan tidak menentu, kadang mereka dapat mengumpulkan Rp. 200.000,- bila ada yang menggunakan jasa mereka, namun tak jarang mereka tidak memperoleh penghasilan sama sekali karena tidak ada yang memakai jasa mereka.

Saat ini Salsabilah memiliki anak sebanyak sembilan orang, lima orang perempuan dan empat orang laki-laki. Salsabilah menuturkan bahwa dari sembilan anak yang ada saat ini persalinan yang ditolong oleh dukun adalah sebanyak tiga kali, sekali dengan bidan dan selebihnya dia lebih banyak melahirkan sendiri anaknya dengan dibantu oleh suaminya. Bila bayinya telah lahir barulah mereka memanggil bidan atau dukun untuk memotong tali pusar dan memandikan bayi yang baru lahir. Hal ini dilakukan untuk menghemat biaya persalinan. Bila normalnya biaya persalinan adalah Rp. 150.000,- untuk tenaga dukun dan sekitar Rp. 350.000,-

untuk bidan. Dengan cara melahirkan sendiri ini Salsabilah hanya mengeluarkan dana Rp. 100.000,- untuk mengganti jasa bidan yang menolong bayinya dan memberi suntik serta obat. Sedangkan bila menggunakan tenaga dukun dia mengeluarkan uang Rp. 50.000,-.

Secara jujur Salsabilah mengakui bila seandainya dia harus memilih apakah akan menggunakan tenaga dukun beranak ataukah bidan untuk menolong persalinan maka dia akan lebih memilih bidan bila memiliki cukup uang untuk membayar jasanya. Bidan dirasakannya lebih memberi jaminan keselamatan, karena bidan bisa memberi suntikan dan obat pada saat dia merasa keluhan sakit saat melahirkan ataupun setelah melahirkan. Sedangkan seorang dukun biasanya memberinya “air seluruh” untuk diminum sebelum proses persalinan dimulai, tujuannya adalah untuk mengusir makhluk halus yang menempel sehingga diharapkan persalinan menjadi lancar dan bayi cepat lahir.

Salsabilah menuturkan selama ini dirinya dan keluarganya sangat jarang pergi ke fasilitas layanan kesehatan yang ada, seperti Puskesmas maupun bidan karena keterbatasan ekonomi. Selain itu, pengalaman berobat ke Puskesmas menggunakan kartu Askeskin dirasakan oleh Salsabilah tidak menyenangkan. Dia merasa disepelekan, tidak dianggap, tidak segera dilayani, walaupun dilayani petugasnya serasa tidak sepenuh hati, hal itu terlihat dari sikapnya yang cenderung kurang ramah kepada pasien pengguna Askeskin.

Salsabilah dan suaminya mengakui bahwa mereka saat ini belum bisa merasakan manfaat Askeskin yang dikeluarkan oleh pemerintah. Berdasarkan pengalaman mereka selama ini tidak ada layanan kesehatan yang benar-benar gratis sekalipun telah menggunakan fasilitas Askeskin, “*tanpa uang tidak ada layanan kesehatan yang bisa diperoleh*”. Mereka mengaku kalau benar-benar memiliki uang barulah berani untuk berobat, kalau tidak ada uang lebih baik diobati sendiri dengan membeli obat di warung.

Anak Salsabilah yang terakhir selalu dibawa ke Puskesmas untuk memperoleh imunisasi. Dalam hal ini dia mengeluhkan pelayanan imunisasi yang ternyata tidak sepenuhnya gratis. Dia harus membayar minimal Rp. 1.000,- untuk sekali imunisasi, itupun dia mengaku tidak mendapat jatah biskuit (Pemberiaan Makanan Tambahan-PMT) karena alasan anaknya sudah tidak bayi lagi, padahal anaknya masih berusia di bawah lima tahun (usia 3 tahun). Menurut Salsabilah jika dia tidak bisa membayar ongkos imunisasi maka petugas tidak akan bersedia mengimunisasi anaknya. Pengalaman lain yang dirasakan mengecewakan oleh keluarga Salsabilah adalah pengalamannya menggunakan fasilitas Askeskin untuk pengobatan anaknya yang kedua yakni Arsandi yang menderita talassemia parah dan akhirnya meninggal dunia karena tidak mendapatkan pengobatan secara tuntas. Meninggalnya Arsandi merupakan pukulan berat bagi kedua orang tuanya, karena mereka telah berjuang untuk menye-

lamatkan nyawa Arsandi dengan membawanya opname ke Rumah Sakit berkali-kali. Setiap penyakitnya kambuh badan Arsandi lemas, perutnya membesar dan dia harus menjalani transfusi darah. Pada saat itu Salsabilah memiliki kartu Askeskin untuk dipakai berobat. Namun fasilitas yang diberikan gratis bagi pemegang kartu Askeskin ternyata hanyalah kamar dan jasa dokter dan obat-obatan, jika memang tersedia di rumah sakit. Sementara kebutuhan pengobatan penyakit *talasemia* tidak hanya pemberian obat-obatan, melainkan juga kebutuhan transfusi darah setiap saat dalam jumlah yang cukup banyak. Hal itulah yang dirasakan sangat berat bagi Salsabilah dan suaminya.

Salsabilah menuturkan, untuk transfusi darah anaknya dia harus membeli darah ke Palang Merah Indonesia (PMI) Rp. 60.000,- per kantong. Harga darah ini dirasakan mahal dan berat karena setiap kali pengobatan Arsandi membutuhkan transfusi darah sebanyak empat kantong. Sehingga, jika dihitung untuk setiap kali kebutuhan transfusi darah Salsabilah harus menyediakan dana sebesar Rp. 240.000,-. Untuk setiap kali pengobatan bila sakit talasemia anaknya kambuh, dibutuhkan perawatan minimal dua hari di rumah sakit dan transfusi darah sebanyak empat kantong. Sementara, kondisi sakit anaknya tergolong sudah parah sehingga dalam satu bulan dia bisa 2-3 kali masuk rumah sakit karena membutuhkan perawatan dan transfusi darah. Kondisi menjadi lebih berat bilamana persediaan darah di PMI telah menipis, Salsabilah harus membeli Rp. 100.000,- per kantong.

Fasilitas Askeskin yang diperoleh hanyalah berupa pembebasan biaya kamar dan dokter sedangkan obat dan darah mesti membeli sendiri. Terakhir sebelum Arsandi meninggal dia sempat menjalani perawatan opname di RS selama kurang lebih satu bulan dan menghabiskan dana sebesar Rp. 1,5 juta rupiah. Dana ini masih harus ditambah dengan kebutuhan transportasi dan makan bagi keluarga selama menjaga Arsandi opname di RS. Salsabilah dan suaminya berharap ada kebijakan pemerintah yang benar-benar meringankan bagi masyarakat miskin saat membutuhkan pelayanan pengobatan dengan membebaskan seluruh biaya pengobatan yang ada.

## 2. Peran Dukun sebagai Tenaga Non Medis dalam Persalinan

Ninuk Widyantoro berpendapat bahwa bagaimanapun juga kita tidak dapat menafikan keberadaan dukun di tengah-tengah masyarakat. Dukun menjadi penghubung antara masyarakat dan pelayanan kesehatan, terutama masyarakat miskin yang tidak mampu mengakses fasilitas pelayanan kesehatan karena tidak memiliki kemampuan untuk membayar. Keberadaan dukun terutama di daerah miskin ataupun terpencil menjadi penting



sebagai alternatif tenaga penolong persalinan. Lebih lanjut Ninuk menambahkan, secara profesi kita harus mengakui bahwa dukun adalah tenaga yang tidak terlatih karena tidak pernah mengenyam pendidikan formal sekolah kebidanan. Karenanya dia menganggap dukun dapat menolong persalinan hanya jika persalinan yang ditanganinya berjalan normal tanpa disertai adanya penyulit persalinan atau bahkan komplikasi, tetapi harus menggunakan alat yang benar, steril, dan tempat yang *bieginis* mengacu pada standar minimum World Health Organization (WHO). Beberapa sisi positif dari tenaga dukun diakui Ninuk sulit dicari bandingannya dengan tenaga kesehatan yang ada seperti dokter ataupun bidan.

Dukun diakui memiliki kesabaran dan ketelatenan dalam menangani pasien yang bersalin, mau menunggu selama berjam-jam sampai anak berhasil dilahirkan. Tidak pernah dijumpai pasien yang melahirkan ditolong dukun mengalami perobekan jalan lahir sehingga memerlukan jahitan. Hal itu karena sang dukun dengan sabar dan telaten memberi semangat dan motivasi pada pasiennya untuk bisa melahirkan secara normal dan selamat. Setelah proses persalinan sang dukun juga ikut memandikan ibu dan bayinya, bahkan kadang ikut menyucikan baju ibu yang kotor. Kunjungan ke rumah juga masih dilakukan dukun ke pasiennya untuk memastikan ibu pulih kesehatannya hingga bayi tanggal pusarnya. Pendekatan dukun yang dinilai lebih sensitif terhadap kebutuhan ibu melahirkan ini menjadi nilai tambah yang menjadikannya tetap mendapat tempat di masyarakat, terutama masyarakat miskin di desa.

Sementara itu, peningkatan pengetahuan dan keterampilan mutlak diperlukan untuk meningkatkan kualitas pelayanan dukun. Ninuk mengusulkan adanya kemitraan antara dukun dan bidan guna pembagian tugas sebagai penolong persalinan. Pada perkembangan ke depan diharapkan dukun menjadi mitra bidan menolong persalinan, bukan menjadi tenaga penolong persalinan yang utama mengingat keterbatasan pengetahuan sang dukun.

Di pihak lain, Roy Tjiong menganggap dukun sebagai tenaga penolong persalinan yang cukup layak karena faktor usia dan pengalamannya dibandingkan dengan bidan baru yang usianya relatif muda. Dukun mesti dilihat secara wajar sebagai penyedia pelayanan persalinan alternatif sebagaimana teknik pengobatan alternatif yang kini mendapat tempat di hati masyarakat, contohnya akupunktur, *acupressure*, pengobatan dengan batu giok, ramuan herbal, dan sebagainya. Yang diperlukan oleh para dukun hanya pelatihan tambahan untuk memperkenalkannya kepada teknik sterilisasi peralatan, kebiasaan untuk mencuci tangan sebelum menolong pasien, dan penggunaan peralatan penolong persalinan yang lebih baik.

Lebih lanjut dia menambahkan pentingnya pemerintah mengalokasikan dana bagi upaya memberdayakan perempuan dan masyarakat luas untuk tahu apa yang menjadi haknya sebagai pasien dan dapat bersama-sama secara aktif melakukan monitoring terhadap tenaga yang memberikan pelayanan kesehatan di masyarakat untuk menghindari malpraktik atau tindakan-tindakan lain yang merugikan kesehatan masyarakat. Perlu diciptakan mekanisme pengaduan yang baik hingga setiap permasalahan yang terjadi bisa sampai ke Dinas Kesehatan untuk memperoleh penyelesaian.



Di Kota Surakarta pada saat ini hampir tidak ditemukan praktik dukun beranak. Walaupun masih ada dukun beranak biasanya mereka tidak lagi memberikan jasa pelayanan menolong persalinan melainkan menangani pijat bayi atau membantu perawatan ibu pasca persalinan. Mereka biasa disebut sebagai dukun bayi, karena lebih banyak menangani pijat bayi selain memijat ibu pasca persalinan. Posisi dukun beranak sebagai tenaga persalinan digantikan oleh tenaga bidan sejak lima tahun terakhir. Hal ini terjadi karena faktor menurunnya tingkat kepercayaan masyarakat dalam menggunakan tenaga dukun beranak untuk membantu persalinan. Selain itu kebanyakan dukun beranak ataupun dukun bayi telah berusia lanjut (di atas 60 tahun) dan tidak ada generasi yang meneruskan keterampilannya menolong persalinan. Penghargaan masyarakat pada profesi dukun beranak juga dirasakan sangat kurang, mereka biasanya dibayar dengan harga yang sangat murah (Rp. 5.000,-) atau bahkan tidak dibayar sama sekali. Hal ini membuat dukun beranak enggan meneruskan praktiknya menolong persalinan.

Namun demikian, pada tahun 1990-an pemerintah Kota Surakarta pernah memiliki program peningkatan keterampilan dukun beranak dengan memberikan pelatihan menolong persalinan sesuai dengan standar kebidanan dan juga memberikan bantuan peralatan pertolongan persalinan. Seperti dituturkan oleh Mbah Marto, salah seorang dukun beranak yang saat ini beralih profesi menjadi dukun bayi.<sup>25</sup>

Mbah Marto saat ini berusia sekitar 80 tahun dan tinggal bersama dengan anaknya. Mbah Marto sempat menerima pelatihan keterampilan dan bantuan peralatan dari Puskesmas setempat guna meningkatkan kualitas pelayanan terhadap ibu melahirkan. Peralatan yang diberikan Puskesmas di antaranya gunting, pisau bedah, alkohol, dan alat-alat untuk sterilisasi serta beberapa obat dasar yang diberikan kepada ibu pasca persalinan, di antaranya adalah obat penghilang rasa sakit (*paracetamol*). Mbah Marto senang menerima bantuan peralatan dan obat-obatan untuk membantu proses persalinan. Semua bantuan peralatan itu digunakan untuk melakukan pertolongan persalinan pada pasiennya.

Menurut Mbah Marto pada saat masih aktif menerima pasien untuk bersalin, pihak Puskesmas secara rutin menjalin hubungan dan komunikasi dengannya serta secara rutin mengundangnya pada acara pertemuan dengan bidan dan Ikatan Bidan Indonesia (IBI), sehingga pihak Puskesmas senantiasa mengetahui aktivitasnya dalam menolong persalinan dan siap membantu bila diperlukan tindakan darurat dalam proses persalinan. Saat ini Mbah Marto sudah tidak lagi menolong persalinan, lebih mengkhususkan diri memijat bayi. Namun demikian tidak jarang Mbah Marto masih dimintai bantuan mengurus ibu yang baru bersalin untuk mengembalikan kesehatan rahimnya. Adapula ibu-ibu yang datang padanya karena mengalami keluhan pasca melahirkan seperti perdarahan yang banyak. Ibu-ibu ini percaya dengan dipijat Mbah Marto kondisinya akan membaik. Banyak pula ibu di sekitar rumahnya yang membawa bayinya ke Mbah Marto untuk dipijat bila

---

<sup>25</sup> Wawancara dengan Mbah Marto di rumahnya di Kelurahan Sangkrah, 15 Agustus 2007.

bayinya panas, rewel, atau setelah jatuh. Mereka yang datang meminta pelayanan kepada Mbah Marto dilatarbelakangi oleh rasa percaya dan menyukai pelayanannya yang telaten dan sabar. Selain itu mereka juga menyukai fleksibilitas pembayaran yang diterapkan oleh Mbah Marto. Pasien yang datang tidak pernah diberi tarif tertentu, mereka bisa membayar sukarela sesuai dengan kemampuan ekonominya. Bahkan adakalanya Mbah Marto membebaskan biaya bila mengetahui kondisi pasiennya benar-benar tidak mampu.

Fleksibilitas dalam pembayaran jasa pelayanan seperti yang dilakukan oleh Mbah Marto mungkin sudah sulit ditemukan lagi di Surakarta. Namun demikian, masyarakat miskin di Surakarta memiliki pilihan untuk dapat memperoleh pelayanan persalinan gratis bila menggunakan fasilitas Askeskin ataupun SKTM. Selain itu ketersediaan fasilitas pelayanan persalinan cukup banyak mulai dari tingkat kota hingga kecamatan maupun kelurahan, baik Puskesmas, bidan praktik, klinik bersalin maupun Rumah Sakit. Kebijakan Pemerintah Kota Surakarta yang mengembangkan kemitraan dengan beberapa tempat pelayanan kesehatan swasta memungkinkan masyarakat dapat mengakses fasilitas pelayanan kesehatan swasta dengan menggunakan Askeskin yang mereka miliki. Adapula program Dana Bantuan Ibu Bersalin (Dasulin) yang dapat dimanfaatkan oleh masyarakat yang tidak memiliki Askeskin maupun SKTM. Dasulin ini dihimpun dari swadaya masyarakat membayar iuran untuk dimanfaatkan oleh mereka yang membutuhkan. Dengan melapor kepada kader Posyandu dan mengurus surat keterangan tidak mampu ke RT, RW, dan kelurahan, seorang ibu hamil yang ingin memperoleh Dasulin dapat menerima subsidi dana maksimal Rp. 1.500.000,- tergantung pada kebutuhan biaya persalinannya.

Ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan yang memadai serta kemudahan dalam mengakses tempat pelayanan ditambah dengan berbagai program kesehatan yang ada bagi ibu bersalin yang tidak mampu membayar, membuat para ibu mengalihkan pilihan pelayanan persalinannya kepada tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan daripada ke dukun. Selain itu para kader dan tenaga kesehatan terus-menerus melakukan penyuluhan kesehatan kepada masyarakat agar melakukan pemeriksaan kesehatan kehamilannya secara rutin ke Puskesmas maupun rumah sakit. Pada akhirnya keberadaan dukun penolong persalinan di tengah masyarakat menjadi berkurang dan bahkan sekarang telah hilang. Dinas Kesehatan Surakarta pada tahun 2006 mencatat angka pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di Surakarta mencapai angka 99%. Hal itu berarti hampir tidak ada lagi perempuan yang melahirkan ditolong oleh selain tenaga kesehatan.

Pada beberapa kasus di Indramayu, pasien tidak mau dipanggilkan bidan untuk membantu persalinannya melainkan hanya dengan dukun, dengan alasan lebih mudah dan biaya yang terjangkau. Bagi dukun sendiri, keputusan tersebut diserahkan sepenuhnya kepada pasien walaupun dukun tetap mengingatkan keluarga pasien untuk memanggil bidan. Dukun kemudian akan membantu persalinan dengan peralatan yang pernah didapatkan dari hasil pelatihan yang diperoleh dari bantuan Pemerintah Daerah Indramayu. Beberapa hal yang pernah diajarkan dalam pelatihan tersebut dipraktikkan oleh dukun selama membantu persalinan termasuk ingatan dukun untuk selalu mencuci peralatan

seusai membantu persalinan dengan obat yang steril (dengan menggunakan alkohol). Tetapi dukun mengakui tidak menggunakan sarung tangan saat membantu persalinan.

Intensitas pertemuan antara dukun dan pasien yang lebih lama daripada dengan bidan, membuat dukun bisa lebih lama mengurus sekaligus memberikan wejangan-wejangan kepada pasien pasca melahirkan. Dukun bisa memijat tubuh pasien hingga satu minggu lamanya pasca melahirkan agar tubuh pasien menjadi lebih segar dan kuat kembali. Selain itu, dukun akan menyuruh pasien untuk meminum daun sirih, meminum jamu untuk perempuan setelah melahirkan yang bisa dipesan di dukun maupun dibuat sendiri dari campuran beras kencur dan anggur cap *Kepala Orang Tua*. Jamu ini bisa di-

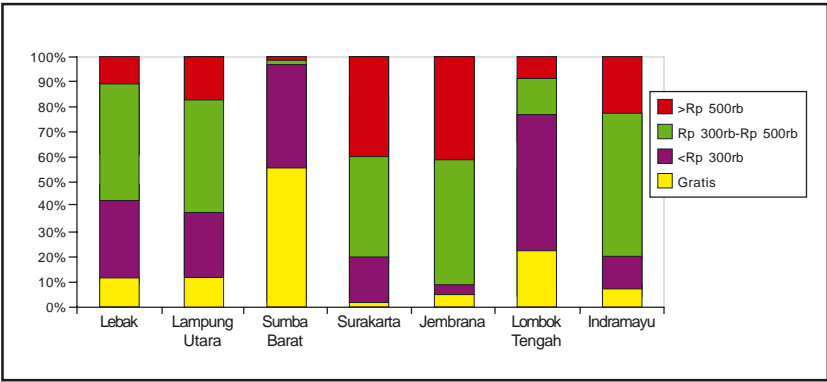
**Tabel 2.9.**  
**Faktor yang Mempengaruhi Akses pada Dukun di Tujuh Wilayah Penelitian**

Faktor Pendorong	Faktor Penghambat
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dukun tersedia di setiap desa (1-3 orang), dekat dengan rumah penduduk sehingga mudah diakses.</li> <li>2. Dukun selalu bersedia mendatangi rumah masyarakat yang membutuhkan di mana pun, kapan pun.</li> <li>3. Adanya fleksibilitas biaya dukun dalam memberikan pertolongan (tergantung pada kemampuan dan keikhlasan masyarakat).</li> <li>4. Adanya pelayanan sesuai dengan tradisi masyarakat, menggunakan ramuan tradisional yg dibuat sendiri oleh dukun ditambah mantra atau doa.</li> <li>5. Kepercayaan dan kebiasaan yang sudah turun-temurun.</li> <li>6. Adanya relasi kekeluargaan dan tetangga.</li> <li>7. Kecocokan (lebih sabar, penuh perhatian, dan menenangkan).</li> <li>8. Tenaga dukun digunakan karena Bidan tidak ada di rumah, tidak ada di Polindes/rumah dinas/tutup jam kerja/libur.</li> <li>9. Trauma dengan pelayanan bidan yang kurang baik.</li> <li>10. Kedekatan hubungan emosional pasien dengan dukun, baik karena masih bertetangga maupun memiliki hubungan keluarga dengan pasien. Hal itu memudahkan pasien untuk menceritakan masalah yang mereka rasakan kepada dukun.</li> <li>11. Dukun ikut merawat bayi dan ibunya hingga 40 hari lamanya pasca persalinan, ikut menyelenggarakan selamatan bagi bayi.</li> <li>12. Umur dukun biasanya sudah tua dan sangat dipercaya di kampung sebagai orang yang bisa menyembuhkan berbagai keluhan ataupun penyakit.</li> <li>13. Masyarakat mempercayai ada beberapa penyakit bukan penyakit normal (<i>perbuatan makhluk halus</i>), maka pasien meyakini penyakit itu hanya bisa diobati oleh dukun. Di Sumba Barat, di desa-desa terpencil, dukun jauh lebih dipercaya dibandingkan dengan bidan. Jika tanpa ijin dukun, maka pasien tidak berani datang ke bidan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Adanya resiko tinggi pada kehamilan dan persalinan.</li> <li>2. Adanya sosialisasi dari kader dan tenaga kesehatan kepada masyarakat melalui forum Posyandu dan promosi kesehatan di Puskesmas untuk melakukan pemeriksaan kehamilan dan persalinan ke tenaga kesehatan. Adanya kesadaran masyarakat tentang keamanan dan keselamatan pada pelayanan bida.</li> <li>3. Adanya fasilitas pembebasan biaya di bidan (kebijakan JKJ, Askeskin).</li> <li>4. Meningkatnya jumlah bidan dan menyebarnya bidan (di Surakarta, Jemberana).</li> <li>5. Alat yang digunakan oleh dukun tidak steril.</li> <li>6. Dukun tidak terus-menerus memperoleh suplai peralatan dan obat-obatan dari pihak Puskesmas.</li> <li>7. Dukun kurang mendapat pelatihan.</li> <li>8. Dukun kurang diperhatikan oleh pihak Puskesmas dan bidan untuk bekerjasama.</li> <li>9. Tidak semua dukun kooperatif untuk melakukan rujukan ke bidan.</li> <li>10. Ada kekhawatiran dari dukun akan menerima sanksi dari pemda setempat apabila persalinan yang ditolangnya bermasalah. Ada kecemburuan dukun terhadap bidan, karena kurangnya kerjasama yang baik antara bidan dan dukun.</li> </ol>

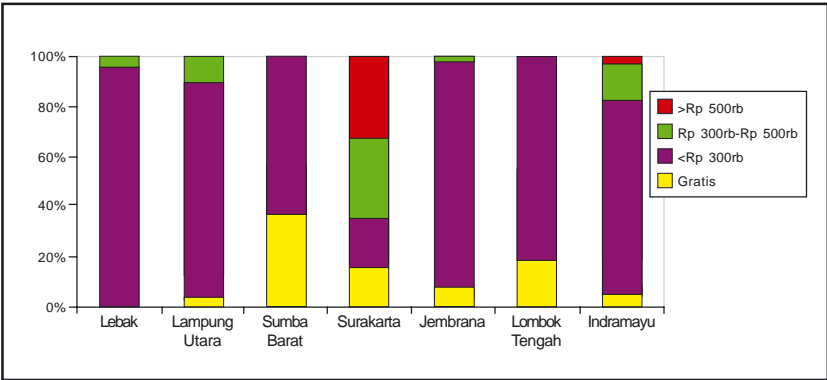
minum selama masa nifas perempuan. Selain itu dukun akan menganjurkan kepada pasien untuk duduk di atas tungku dapur yang hangat, tungku akan dilapisi daun dan kain sebelum diduduki agar luka bekas persalinan lebih cepat sembuh dan darah hitam yang bergumpal akan cepat keluar dari jalan lahir perempuan. Cara ini diakui manfaatnya oleh para perempuan yang dibantu persalinannya oleh dukun.

Grafik berikut ini memperlihatkan biaya yang diperlukan saat melakukan persalinan yang dilakukan oleh tenaga medis (bidan) maupun tenaga non medis (dukun).

**Grafik 2.5.**  
**Biaya Persalinan pada Tenaga Medis Bidan**



**Grafik 2.6.**  
**Biaya Persalinan pada Tenaga Dukun**



Grafik 2.5. dan 2.6. di atas menunjukkan bahwa perbandingan biaya yang dibayarkan saat menggunakan tenaga bidan dan dukun secara umum lebih murah dibandingkan dengan bidan. Faktor biaya menjadi salah satu pertimbangan yang menentukan pilihan terhadap tenaga penolong persalinan.

Hal ini sejalan dengan temuan yang ada di Kabupaten Lampung Utara dimana persalinan tidak dapat dilepaskan dari keterlibatan dukun sebagai penolong persalinan non

medis. Selain karena faktor biaya lebih murah, keberadaan dukun juga masih banyak dijumpai di seluruh wilayah di Kabupaten Lampung Utara. Data dari *Human Development Report* menyebutkan angka pertolongan persalinan oleh tenaga non medis di Lampung Utara pada tahun 2004 mencapai jumlah 48,8% atau hampir separuh dari jumlah persalinan yang ada. Berikut ini adalah data ketersediaan tenaga dukun beserta kualifikasinya.<sup>26</sup>

**Tabel 2.10**  
**Jumlah Tenaga NonMedis di Kabupaten Lampung Utara**

No.	Kecamatan	Dukun Bayi		Bidan
		Terlatih	Tidak Terlatih	
1.	Bukit Kemuning	8	8	16
2.	Abung Tinggi	7	8	15
3.	Tanjung Raja	16	15	31
4.	Abung Barat	23	8	31
5.	Abung Tengah	8	16	24
6.	Kotabumi	10	1	11
7.	Kotabumi Utara	8	1	9
8.	Kotabumi Selatan	10	7	17
9.	Abung Selatan	14	6	20
10.	Abung Semuli	6	2	8
11.	Abung Timur	9	9	18
12.	Abung Surakarta	8	7	15
13.	Sungkai Selatan	22	26	48
14.	Muara Sungkai	8	9	17
15.	Bunga Mayang	9	5	14
16.	Sungkai Utara	26	26	52
<b>Jumlah</b>		192	154	346

Berdasarkan Tabel 2.10. di atas, jumlah dukun terbanyak dijumpai di Kecamatan Sungkai Utara, yang letaknya paling jauh dari ibukota Kabupaten Lampung Utara. Hal itu dapat dimengerti mengingat keterbatasan sarana dan prasarana fasilitas kesehatan, serta tenaga medis penolong persalinan, sehingga dukun menjadi tumpuan untuk menolong persalinan.

Data Tabel 2.10. juga menunjukkan bahwa dukun dapat dibedakan dalam dua kualifikasi yakni pernah mengikuti pelatihan peningkatan keterampilan (dukun terlatih) dan belum pernah mengikuti pelatihan peningkatan keterampilan atau sering disebut dukun tidak terlatih. Dukun terlatih telah diberi kursus peningkatan keterampilan oleh bidan pembina dan mendapat bantuan peralatan pertolongan persalinan sehingga diharapkan dapat menolong persalinan secara aman. Adapun dukun yang belum terlatih biasanya masih menggunakan alat-alat pemotong placenta tradisional selain gunting yakni bambu atau silet yang tidak terjamin keamanannya dan dikhawatirkan dapat menimbulkan infeksi pada luka persalinan.

<sup>26</sup> Potensi Desa Kabupaten Lampung Utara Tahun 2006.

Keberadaan dukun sebagai penolong persalinan sering dikhawatirkan banyak pihak menyebabkan terjadinya kasus kematian pada ibu bersalin. Hal itu karena dukun tidak pernah mengenyam pendidikan dasar kebidanan yang berguna dalam proses pertolongan persalinan. Kebanyakan dukun yang ditemui di wilayah penelitian menuturkan keterampilan menolong persalinan yang dimilikinya diperoleh secara turun-temurun dengan cara melibatkan sang anak untuk ikut melihat dan mempelajari cara menolong persalinan yang tengah dilakukan. Selanjutnya sang anak akan belajar untuk menerapkan apa yang dilihatnya guna menolong persalinan. Ada pula dukun yang memperoleh keterampilan melalui proses “klenik” dengan cara menjalani laku tertentu guna memperoleh ilmu dan “kesaktian” yang selanjutnya berguna dalam menolong mereka yang membutuhkan pengobatan, termasuk menolong persalinan.

## **2.1. Layanan yang Diberikan Dukun**

Setiap dukun yang ditemui di wilayah penelitian merasa yakin bahwa dirinya memiliki keistimewaan yang jarang dimiliki oleh orang kebanyakan. Beberapa dukun memiliki kemampuan untuk menolong beragam keluhan kesehatan selain menolong persalinan. Beberapa pelayanan yang diberikan dukun kepada pasiennya, di antaranya adalah:

### **2.1.1. Layanan Kehamilan**

Dukun memberikan pelayanan selama kehamilan berupa pemijatan pada perut ibu hamil untuk memastikan posisi bayi dalam keadaan normal dan tepat sehingga dapat lahir secara lancar dan proses persalinan juga normal. Biasanya pasien hamil akan diurut pada saat kehamilan satu bulan, lima bulan, dan tujuh bulan. Untuk sekali jasa urut yang dilakukannya dukun bisa menerima imbalan berkisar Rp. 15.000,- hingga Rp. 25.000,- tergantung pada seberapa terkenal dukun yang bersangkutan.

Kebanyakan pasien yang datang ke dukun percaya bahwa dengan diurut maka bayinya tidak akan lahir sungsang, dan proses persalinan menjadi mudah serta lancar. Bahkan mereka yang dinyatakan bayinya dalam posisi sungsang oleh dokter ataupun bidan biasanya akan mendatangi dukun untuk meminta pertolongan mengubah posisi bayi agar kembali normal, tidak sungsang. Mereka beranggapan bahwa kemampuan sang dukun memindahkan posisi bayi merupakan keterampilan yang tidak dimiliki oleh tenaga medis, baik dokter ataupun bidan. Dengan meminta pertolongan dukun, pasien berharap dapat melahirkan secara normal, tidak melalui operasi sehingga biaya yang dibutuhkan menjadi lebih ringan.

### **2.1.2. Layanan Persalinan**

Untuk membantu persalinan biasanya dukun memiliki cara-cara tersendiri, mulai dari menyiapkan peralatan hingga menyiapkan ramuan khusus yang nanti digunakan pada saat menolong persalinan. Mbah Girah yang berpraktik di Desa Hankaau Jaya (Lam-

pung Utara) biasa menyiapkan alat penolong persalinan berupa silet, bambu yang diruncingkan (disebut ulat), daun-daun sirih untuk mengobati luka bekas persalinan. Caranya, beberapa lembar daun sirih dilumatkan lalu dibungkus dengan daun sirih yang masih utuh kemudian ditempelkan pada vagina untuk mempercepat kering serta menghilangkan bengkak. Daun sirih juga direbus, airnya diminum sebagai jamu setelah bersalin. Sebelum memulai proses persalinan Mbah Girah selalu memberikan air doa kepada pasiennya.

Begitu pula dengan Dukun Ita dari Kelurahan Cempedak yang tidak pernah mendapat pelatihan khusus peningkatan keterampilan untuk dukun yang diselenggarakan oleh Puskesmas sehingga dalam menolong persalinan masih menggunakan alat berupa sembilu yang disebut ulat yang dibuat dari sebilah bambu yang ditipiskan sehingga menjadi tajam seperti sebilah pisau. Ulat ini digunakan untuk memotong tali pusat bayi (*placenta*) dengan beralaskan kunyit (dipercaya mengandung antibiotik alami). Dukun Ita dalam menolong persalinan diawali dengan memberikan air rendaman rumput fatimah sambil dibacakan doa. Diharapkan pasien akan segera merasa mulas perutnya dan terdorong untuk berkontraksi, sehingga mempercepat proses persalinan. Untuk kasus persalinan yang sulit dimana kemajuan pembukaan rahim sangat lambat dukun Ita biasa menggunakan air rendaman placenta kucing yang telah dikeringkan. *Placenta* yang telah dijemur kering ini direndam dalam air panas dan airnya diminumkan kepada ibu yang sulit melahirkan. Placenta kucing selanjutnya disimpan, dijemur lagi untuk kemudian dapat digunakan lagi bila sewaktu-waktu dibutuhkan. Sementara itu Mbah Yat dari Kelurahan Kotabumi Ilir (Lampung Utara) memiliki ramuan khusus untuk menangani persalinan yang prosesnya lama. Dia menyarankan pasiennya meminum biji pala yang dikunyah dan kemudian ditelan untuk membantu mempercepat dan memperlancar proses persalinan. Menurut Mbah Yat, ramuan ini lebih manjur dibandingkan dengan suntik induksi untuk mempercepat persalinan dan lebih aman.

Setelah bayi lahir dukun biasanya memberikan ramuan khusus yang berfungsi untuk mempercepat luka kering, ada yang menggunakan daun sirih yang digunakan sebagai tapel, ada yang menyiapkan racikan ramuan khusus berupa aneka rempah berkhasiat yang ditempelkan di jalan lahir untuk mempercepat penyembuhan luka, mengatasi bengkak dan rasa sakit akibat proses persalinan. Ada pula yang menggunakan cara yang tidak biasa yakni menyemprotkan cairan spiritus ke luka dengan tujuan agar menghilangkan kuman serta mempercepat luka menjadi kering dan sembuh. Tentu saja, cara yang terakhir ini membuat pasien mengerang kesakitan menahan perih akibat luka yang tersiram spiritus.

Untuk setiap pelayanan persalinan biasanya dukun tidak memasang tarif tertentu kepada pasiennya. Pasien dapat membayar jasa dukun sesuai dengan kemampuan ekonominya. Ada yang membayar Rp. 50.000,- hingga Rp. 250.000,-, namun ada pula pasien yang tidak membayar samasekali karena tidak mampu. Bila kondisinya seperti ini biasanya sang dukun akan pasrah dan mencoba untuk memahami kesulitan ekonomi pasien yang ditolongnya. Dukun tetap akan menengok pasiennya pasca persalinan walaupun dia tidak menerima bayaran peserpun.



### **2.1.3. Layanan Pasca Persalinan**

Seorang dukun bayi biasanya meluangkan waktu setiap hari untuk menengok pasiennya setelah melahirkan. Dukun membantu sang ibu untuk merawat dan memandikan bayi hingga pusarnya terlepas. Selain itu juga memijat tubuh sang ibu untuk menghilangkan kelelahan dan meningkatkan stamina agar segera pulih dan kuat kembali. Sang bayi juga dipijat secara rutin untuk membuatnya tidur nyenyak dan tumbuh secara normal. Kunjungan dukun pasca persalinan dilakukan setiap hari selama kurun waktu dua minggu hingga satu bulan penuh untuk memastikan kondisi pasien benar-benar telah pulih. Dukun juga melakukan pijatan setelah 40 hari melahirkan untuk mengembalikan letak rahim pada posisi yang normal, pijatan ini sering dinamakan "*walik dadah*".

Selama melakukan perawatan pasca persalinan ada dukun yang memberikan ramuan buatan sendiri untuk diminumkan pada pasiennya tetapi ada pula yang menyarankan pasien membeli sendiri jamu bersalin di warung ataupun toko obat. Dukun tidak memungut biaya tambahan saat memberikan pelayanan pasca persalinan, namun tidak menolak jika pasien memberinya tip tambahan sebagai ungkapan terima kasih.

### **2.1.4. Layanan KB**

Beberapa dukun mengaku memiliki kemampuan untuk membantu ibu mengatur jarak kelahiran anak sesuai yang diinginkan. Hal itu dilakukan dengan cara mengurut perut ibu, meninggikan letak rahim agar pembuahan tidak terjadi sehingga kehamilan dapat dicegah. Kehamilan selanjutnya dapat diperoleh bila pasien datang kembali ke dukun untuk mengembalikan posisi rahimnya normal seperti semula.

Pasien yang sudah tidak ingin memiliki anak juga dapat meminta pertolongan kepada dukun dengan cara dipijat. Teknik pemijatan untuk menjarangkan kehamilan ini diakui oleh beberapa responden perempuan terbukti manjur dan praktis tanpa perlu minum pil atau menggunakan alat kontrasepsi tertentu.

### **2.1.5. Layanan Infertilitas dan Aborsi**

Dukun beranak juga ada yang menyediakan pelayanan pemulihan kesuburan bagi pasiennya yang sulit memperoleh keturunan. Dengan teknik pemijatan tertentu disertai dengan minum ramuan khusus sang dukun menjamin bahwa dia mampu membuat pasiennya menjadi hamil dan memperoleh keturunan. Bahkan ada dukun yang sanggup memijat ibu untuk memenuhi keinginan si ibu akan jenis kelamin tertentu anak yang dikehendakinya. Tentu saja semua itu belum pernah dibuktikan kebenarannya secara ilmiah, serta bagaimana dampaknya bagi kesehatan dan kehamilan ibu.

Praktik aborsi tak jarang juga dilakukan oleh dukun untuk memenuhi keinginan pasiennya. Walaupun jika ditanyakan secara langsung sang dukun memilih mengelak dan tidak mengakui praktik aborsi yang dilakukannya. Sebagaimana pengalaman dukun Ita dari Kelurahan Cempedak. Dukun Ita mengaku pernah secara tidak sengaja melakukan aborsi kepada pasiennya yang mengaku ingin diurut untuk menaikkan posisi rahimnya

yang turun atau dalam istilah sehari-hari ditengah masyarakat disebut dengan istilah turun peranakan atau *kengser* dalam bahasa Jawa. Ternyata pasiennya tersebut sedang hamil 3 bulan dan dukun Ita mengakui dirinya mengetahui kehamilan tersebut dari perabaan tangannya. Namun akhirnya setelah dipijat untuk menaikkan kandungannya, pasien mengalami perdarahan hebat sehingga janinnya gugur. Pasien yang ditolongnya justru merasa lega dan bahagia karena niatnya untuk mengaborsi bayinya berhasil. Untuk jasa urut yang dilakukan oleh dukun Ita pasien memberi imbalan Rp. 50.000,-. Berbeda dengan yang terjadi, apabila ditanyakan secara langsung dukun Ita mengaku tidak bersedia memberikan pelayanan pengguguran kandungan, karena takut mendapat masalah secara hukum.

#### **2.1.6. Layanan Pengobatan Umum**

Beberapa dukun yang ditemui mengaku juga memberikan pelayanan pengobatan beragam keluhan kesehatan yang dialami pasiennya. Mereka biasa menggunakan ramuan yang diracik sendiri sebagai obat, tetapi ada juga yang mempergunakan jimat tertentu untuk mengobati pasiennya. Sebagaimana dituturkan oleh Mbah Yat, selain mampu menolong persalinan juga kadang dimintai tolong memberikan pengobatan untuk penyakit. Misalnya, dia pernah mengobati pasiennya yakni Bupati Kotabumi yang menderita penyakit asma akut dimana dokter sudah tidak sanggup menanganinya lagi. Mbah Yat memberinya ramuan buatannya sendiri yang berupa tumbukan hewan *kluning* yang digoreng kering selanjutnya diberi air panas untuk diminum. Setiap dukun umumnya tidak pernah memasang tarif tertentu untuk setiap jasa pengobatan yang diberikannya. Berapa pun uang yang diberikan oleh pasiennya sebagai tanda terima kasih akan diterimanya dengan ikhlas. Berdasarkan pengalaman, pasien yang berhasil disembuhkan memberi imbalan sebesar Rp. 200.000,-.

### Hidayati

Desa Negara Ratu, Kecamatan Sungkai Utara, Lampung Utara

*“Kemiskinan serta Keterbatasan Pengetahuan tentang Kesehatan Reproduksi Perempuan”*

Hidayati berasal dari Jawa Timur tepatnya dari Mojokerto, lahir 6 Juli 1980. Hidayati adalah anak pertama dari tiga bersaudara. Selepas Hidayati menamatkan pendidikan SMA dia masuk ke sebuah pesantren yang telah dipilihkan oleh kedua orangtuanya, yang terletak satu kota dengan tempat tinggal keluarganya.

Setelah sembilan tahun lamanya menjalani kehidupan di pesantren, Hidayati menemukan jodohnya. Hidayati menikah dengan Malik suaminya yang juga salah seorang santri yang tengah mondok di pesantren seperti dirinya. Hidayati dan suaminya tinggal di sebuah rumah yang sangat sederhana tepat di samping rumah orangtua Malik, suaminya. Rumah tersebut berukuran 5x5 m<sup>2</sup> terbuat sebagian dari papan kayu dan sebagian lainnya lagi terbuat dari bambu. Rumah Hidayati sekilas seperti bangunan yang belum jadi karena ada bagian rumahnya yang dindingnya terbuka dan miring (hampir jatuh ke tanah). Bangunan yang masih utuh adalah sebuah kamar berukuran kecil 2x2 m yang hanya berisi bale-bale bambu tempat tidur. Di tempat inilah Hidayati tidur bersama suami dan seorang anak perempuannya yang masih bayi berumur tiga bulan. Mereka tidak memiliki kamar mandi pribadi, sehingga jika mereka ingin buang hajat biasanya mereka akan datang ke rumah orangtua Malik yang berada tepat di sebelah rumah mereka.

Untuk menghidupi keluarga barunya Malik bekerja serabutan menjadi buruh tebang atau ngoret di ladang karet dengan upah Rp. 20.000,- per hari, terkadang Malik bekerja juga di ladang tebu dengan upah Rp. 13.000,- per hari. Namun pekerjaan tersebut tidak rutin bisa dilakukan oleh Malik tergantung dari ada atau tidaknya permintaan. Terkadang suami Hidayati mendapat tawaran menjadi buruh tebang kayu dengan upah Rp. 500,- per ikat kayu, sehingga bila dihitung rata-rata dalam satu bulan pendapatan suami Hidayati adalah kurang lebih Rp. 300.000,- per bulan. Terkadang jika order untuk tebang kayu sedang sepi, Malik ikut bekerja di kebun karet sebagai buruh untuk melakukan pekerjaan ‘ngoret karet’. Sementara itu Hidayati tinggal di rumah mengurus anaknya yang masih bayi.

Saat Hidayati hamil dia memeriksakan kehamilannya sebanyak dua kali ke bidan yang ada pada saat Posyandu dengan membayar Rp. 5.000,-. Dia memilih Posyandu karena alasan jaraknya yang masih mungkin untuk diakses, mengingat tidak ada fasilitas kesehatan apa pun yang ada di lingkungan sekitar tempat tinggalnya. Selain itu, Hidayati memilih Posyandu karena pertimbangan biayanya yang murah. Namun, selain memeriksakan kehamilannya ke bidan di Posyandu, Hidayati

juga mendatangi dukun untuk diurut kandungannya, terutama pada saat Hidayati merasakan keluhan yang tidak enak pada kandungannya (bahasa Jawa, *kengser*), maka dia meminta dukun untuk mengurut dan membetulkan posisi bayinya. Keputusan Hidayati untuk menggunakan pelayanan dukun guna mengurut perutnya atas anjuran ibu mertuanya yang telah terbiasa memanfaatkan jasa dukun dalam keluarganya.

Hidayati secara rutin memeriksakan kandungannya, baik ke bidan yang ada di Posyandu maupun ke dukun langganan keluarga suaminya. Pada saat kandungan bayinya memasuki usia tujuh bulan, Hidayati menghubungi dukun bayi yang direncanakan akan membantu persalinannya kelak yaitu Mbah Mainah. Hidayati membuat kesepakatan dengan Mbah Mainah agar nanti bersedia menolong persalinan bila saatnya tiba. Sebagai tanda jadi, Hidayati membawa "*pitonan*" nasi dan lauk pauk serta uang Rp. 20.000,-. Hidayati memutuskan untuk memilih Mbah Mainah di antara dukun-dukun yang lain didasari oleh beberapa pertimbangan, antara lain, adalah karena Mbah Mainah beragama Islam, sedangkan dukun satunya yang ada di daerahnya beragama Kristen. Mbah Mainah juga terbiasa membantu proses persalinan di keluarga Malik, sehingga ibu mertuanya sangat mempercayainya dan menganjurkan agar Hidayati juga meminta pertolongan dukun Mainah saat melahirkan nanti.

Saat persalinan tiba, pihak keluarga segera memanggil dukun Mainah yang telah menjadi langganan. Mbah Mainah memberikan air doa yang diminum oleh Hidayati sebelum persalinan dengan tujuan melahirkan bayinya dengan lancar. Selain itu, Mbah Mainah juga menuntun Hidayati untuk berdoa dan membaca *basmalah* sebelum menolong persalinan. Hal inilah yang membuat Hidayati merasa nyaman karena tata cara mbah Mainah dalam menolong persalinan dianggapnya lebih Islami dibandingkan dengan dukun lainnya.

Pasca persalinan, Mbah Mainah datang ke rumah Hidayati untuk menengok dan memeriksa keadaan Hidayati setiap hari hingga bayinya lepas pusar. Hidayati membayar Rp. 20.000,- untuk jasa dukun merawat pusar bayi. Setelah genap tujuh hari, Mbah Mainah melakukan sunat dan tindik pada bayinya, dan selanjutnya Hidayati membayar Rp. 250.000,- sebagai imbalan bagi dukun untuk seluruh rangkaian jasa perawatan sejak persalinan hingga pasca persalinan.

Hidayati menuturkan bahwa setelah proses persalinan dia meminum jamu produk merek terkenal untuk pasca melahirkan dan juga jamu '*sawan*' sesuai dengan anjuran dari Mbah Mainah. Jamu *sawan* adalah jamu yang diminum untuk mengatasi keluhan nyeri di perut yang disebabkan oleh *sawan*. *Sawan* adalah sebutan yang dikenal di daerah Jawa bagi kondisi tubuh yang bereaksi karena "kemasukan makhluk halus". Mbah Mainah juga menganjurkan Hidayati berpantang makan makanan yang mengandung bawang putih agar pusar bayinya cepat kering dan

lepas. Selain itu, Hidayati juga dianjurkan tidak makan atau minum yang panas agar bayinya tidak menjadi muntah setelah menyusu dari ibunya. Hidayati juga memberi bayinya *pilis* bayi selama empat hari dengan ramuan yang terbuat dari kapur, kunyit agar bayinya tidak sakit mata. Hidayati secara rutin membawa bayinya ke Posyandu untuk mendapatkan imunisasi, misalnya imunisasi BCG dengan membayar Rp. 3.000,- sedangkan untuk imunisasi polio, hepatitis, DPT dia harus membayar Rp. 5.000,-.

Hidayati dan suaminya tidak memiliki Askeskin dan mereka mengaku tidak pernah didatangi petugas untuk dicatat sebagai calon penerima Askeskin.

Di daerah tempat tinggal Hidayati tidak terdapat fasilitas kesehatan apa pun, baik itu Puskesmas, Pustu maupun Pusling, karena letaknya tergolong jauh dari pusat kecamatan. Bilamana membutuhkan pelayanan kesehatan, Hidayati dan penduduk sekitarnya biasa memanfaatkan pelayanan di Posyandu karena di sana biasanya ada tenaga bidan yang siap melayani peserta Posyandu, baik untuk imunisasi, periksa hamil ataupun keluhan batuk pilek ringan. Bidan biasanya akan memberikan obat dan pasien membayar sekitar Rp. 5.000,-. Untuk mencapai Puskesmas yang jaraknya sekurangnya 2 km, biasanya Hidayati berjalan kaki selama kurang lebih 45 menit.

Hidayati mengaku tidak banyak mengetahui informasi seputar kehamilan, persalinan, dan nifas, yang diketahuinya sebatas aspek hukumnya dari hukum Islam. Begitu pula halnya saat ditanyakan apa yang diketahuinya seputar penyakit HIV/AIDS dan beberapa penyakit infeksi menular seksual, Hidayati juga mengakui tidak mengetahuinya.

Hidayati memiliki keluhan gatal pada alat kelamin serta keputihan, namun dia memilih untuk tidak memeriksakan kondisinya. Biasanya Hidayati lebih memilih menggunakan ramuan tradisional seperti kunyit untuk mengatasi keluhan kesehatannya termasuk pada saat mengalami demam tinggi.

Hidayati melahirkan ke dukun dengan pertimbangan biaya yang lebih murah dibandingkan dengan ke bidan, terlebih dukun tersebut telah dikenal baik oleh keluarga mertuanya dan mereka juga yang menyarankan agar Hidayati melahirkan ditolong oleh dukun kenalan baik keluarga suaminya tersebut. Setelah melahirkan Hidayati hanya mempercayakan perawatan bayi dan dirinya kepada dukun yang menolongnya bersalin, dia tidak pernah memeriksakan diri ke bidan.

Bagi Hidayati yang pendapatan keluarganya sangat terbatas, berbagai kebutuhan perawatan kesehatan seperti alat kontrasepsi, pemeriksaan kehamilan, komplikasi kehamilan ataupun bila mengalami keguguran juga biaya persalinan dirasakannya mahal. Hidayati lebih memilih mencari pelayanan yang terjangkau yakni dukun ataupun berupaya mengobati sendiri keluhan yang dirasakannya dengan menggunakan jamu-jamu tradisional yang diraciknya sendiri.

### BAB III

## Sulitnya Perempuan Menjangkau Fasilitas Kesehatan

Bab ini membahas ketersediaan fasilitas kesehatan yang tersedia di tujuh wilayah penelitian yang secara umum menunjukkan perbedaan kuantitas dan kualitas pelayanan. Fasilitas kesehatan di tiga kabupaten di Pulau Jawa yaitu Surakarta, Indramayu, Lebak dan satu kabupaten di Bali yaitu Jembrana secara relatif lebih banyak serta lebih baik pelayanannya dibandingkan dengan fasilitas yang ada di Sumba Barat, Lombok Barat, dan Lampung Utara. Meskipun demikian fasilitas kesehatan di semua daerah tersebut harus kita lihat dalam konteks jumlah penduduk yang harus mereka layani. Kabupaten Indramayu dan Lebak, meskipun terdapat di Pulau Jawa, masih memiliki sejumlah masalah yang dalam banyak hal mempengaruhi kondisi kesehatan perempuan di wilayah tersebut. Hal ini lebih disebabkan wilayah Indramayu dan Lebak yang menjadi wilayah penelitian merupakan wilayah yang relatif terpelosok dan merupakan kantong kemiskinan.

Selain hal tersebut, bab ini juga akan membahas masalah akses yang dihadapi oleh perempuan dalam konteks kemiskinan. Kemiskinan ini meliputi sejumlah aspek yang melingkupinya yaitu geografis yang kemudian menyangkut masalah transportasi, jarak dan waktu tempuh. Semuanya itu kemudian mempengaruhi ketersediaan ekonomi masyarakat untuk mengakses pada fasilitas kesehatan yang ada. Problem tersebut masih merupakan kendala utama bagi masyarakat miskin untuk lebih memperhatikan kondisi kesehatannya, terutama kesehatan reproduksi perempuan. Paparan dari masalah tersebut, akan berujung pada diskusi mengenai kondisi fasilitas kesehatan yang memprihatinkan, ketika kita lihat sebagai pusat pelayanan kepada masyarakat. Dari hasil penelitian Women Research Institute (WRI) tampak bahwa fasilitas kesehatan yang terbaik yang dapat dijangkau oleh perempuan ada di Surakarta dibandingkan dengan wilayah lainnya yang diteliti oleh WRI.

## 1. Fasilitas Kesehatan

### 1.1 Fasilitas Kesehatan dalam Perspektif Nasional

Berdasarkan Ketetapan MPR No. II/1983 tentang GBHN<sup>1</sup>, disebutkan bahwa “dalam rangka mempertinggi taraf kesehatan dan kecerdasan rakyat, pembangunan kesehatan termasuk perbaikan gizi perlu makin ditingkatkan dengan mengembangkan Sistem Kesehatan Nasional (SKN)”. Kebijakan ini memberi mandat kepada pemerintah untuk menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan guna meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat secara luas. Penyediaan di sini tidak hanya berupa sarana dan prasarana fasilitas kesehatan tetapi juga menyangkut aspek kualitas pelayanan yang baik, murah, dan dapat diakses secara mudah oleh masyarakat.

Merujuk pada SistemSKN<sup>2</sup> tersebut maka hirarki tingkat pelayanan kesehatan yang terkait dengan komponen atau unsur-unsur pelayanan kesehatan mulai dari tingkat rumah tangga, selanjutnya ke tingkat masyarakat, terus sampai ke tingkat yang lebih tinggi, adalah sebagai berikut:

**Tabel 3.1.**  
**Hirarki Pelayanan Kesehatan**

No.	Hirarki	Komponen atau Unsur Pelayanan Kesehatan
1.	Tingkat Rumah Tangga	Pelayanan kesehatan oleh individu atau keluarga sendiri
2.	Tingkat Masyarakat	Kegiatan swadaya masyarakat dalam menolong mereka sendiri, atau oleh kader kesehatan.
3.	Tingkat Pertama Fasilitas Pelayanan Kesehatan	Puskesmas, Puskesmas Pembantu, Puskesmas Keliling
4.	Tingkat Rujukan Pertama	Rumah Sakit Tingkat Kabupaten
5.	Tingkat Rujukan Lebih Tinggi	Rumah Sakit Kelas B atau A

Sumber: Depkes RI

Selain itu jenis pelayanan yang tersedia di Puskesmas ikut berpengaruh besar pada kebutuhan masyarakat dalam mengakses pelayanan kesehatan yang ada. Tabel 3.2. menunjukkan jenis pelayanan yang tersedia di Puskesmas, sesuai dengan standar pelayanan di tingkat nasional.

<sup>1</sup> “*Sejarah Promosi Kesehatan dalam Kebidanan*”, <http://mindaxpromkes.blogspot.com/2009/10/tugas-promosi-kesehatan-sejarah-promosi.html>

<sup>2</sup> “*Artikel Sejarah Promosi Kesehatan*” Promosi kesehatan, <http://www.promosikesehatan.com/?act=article&id=225>



**Tabel 3.2.**  
**Jenis Fasilitas dan Pelayanan Kesehatan**

No.	Jenis Pelayanan	Pelayanan Kesehatan
1.	Pelayanan Kesehatan Dasar	Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat (UKBM). Bentuk UKBM yang paling luas distribusinya adalah: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu)</li> <li>• Pos Obat Desa (POD)</li> <li>• Pondok Bersalin Desa (Polindes)</li> <li>• Kelompok Dana Sehat (KDS)</li> <li>• Pos Upaya Kesehatan Kerja (Pos UKK)</li> <li>• Puskesmas, Puskesmas dengan Tempat Perawatan (DTP), Puskesmas Pembantu (Pustu), dan Puskesmas Keliling (Pusling)</li> </ul>
2.	Pelayanan Kesehatan Sekunder	<ul style="list-style-type: none"> <li>• RS Umum</li> <li>• RS Swasta</li> <li>• RS Khusus</li> <li>• Balai Pengobatan (BP) Spesialis, misalnya: BP Paru, BP Mata</li> </ul>
3.	Pelayanan Kesehatan Tersier	Rumah sakit dengan peralatan canggih seperti RS Ibu dan Anak, RS Kanker, RS Jantung
4.	Pelayanan Kesehatan Massal	Contoh: Pekan Imunisasi Nasional (PIN) untuk membasmi polio
5.	Pelayanan Kesehatan Tradisional	Pengobat tradisional

Untuk pelayanan kesehatan dasar, Puskesmas adalah unit pelaksana pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menjadi ujung tombak pembangunan kesehatan dengan tiga fungsi utama yaitu: (1) sebagai pusat pengembangan kesehatan masyarakat; (2) sebagai pusat pembinaan peran serta masyarakat dalam rangka meningkatkan kemampuannya untuk hidup sehat; dan (3) sebagai pusat pemberian pelayanan kesehatan secara menyeluruh, terpadu, dan bermutu kepada masyarakat. Dari tiga fungsi pokok tersebut bisa dikatakan bahwa Puskesmas menjadi sentral kesehatan bagi masyarakat dan menjadi ujung tombak terpenting dalam pelayanan kesehatan. Untuk bisa memberikan pelayanan yang memadai, penting untuk melihat kegiatan pokok yang disediakan Puskesmas bagi masyarakat, yang sesuai dengan standar kesehatan nasional. Dalam Rapat Kerja Kesehatan Nasional III Tahun 1970 hanya ditetapkan satu tipe Puskesmas dengan tujuh kegiatan pokok. Dan berdasarkan *Buku Pedoman Kerja Puskesmas*, kegiatan pokok kesehatan Puskesmas terdiri dari 18 kegiatan<sup>3</sup>.

Puskesmas secara nasional merupakan ujung tombak dari fasilitas kesehatan yang ada di tingkat kecamatan. Fasilitas ini pada dasarnya belum mencukupi. Oleh karena itu pelayanan juga dikembangkan lagi melalui Puskesmas Pembantu (Pustu), Puskesmas Keliling (Pusling) dan bahkan masyarakat pun ikut aktif membantu pemerintah melalui partisipasi mereka di tingkat lingkungan masyarakat seperti Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu). Berikut ini fasilitas kesehatan akan dilihat dari unit paling kecil, yaitu Posyandu hingga Rumah Sakit (RS).

<sup>3</sup> “*Puskesmas Berbah Yogyakarta*”, <http://puskesmasberbah.wordpress.com/profil-2/tinjauan-organisasi>

**Tabel 3.3.**  
**Kegiatan Pokok Puskesmas**

No.	Kegiatan Pokok
1.	Kesehatan ibu dan anak
2.	Keluarga berencana
3.	Perbaikan gizi
4.	Kesehatan lingkungan
5.	Pengawasan, pencegahan, dan pemberantasan penyakit dan imunisasi
6.	Penyuluhan kesehatan masyarakat
7.	Pengobatan, termasuk pelayanan darurat karena kecelakaan
8.	Kesehatan di sekolah
9.	Perawatan kesehatan masyarakat
10.	Kesehatan gigi dan mulut
11.	Kesehatan jiwa
12.	Kesehatan mata
13.	Kesehatan manusia lanjut usia
14.	Kesehatan olahraga
15.	Pembinaan pengobatan tradisional
16.	Kesehatan dan keselamatan kerja
17.	Laboratorium sederhana
18.	Pencatatan dan pelaporan dalam rangka sistem informasi kesehatan

*Sumber:* Buku Pedoman Kerja Puskesmas

## 1.2. Fasilitas Posyandu di Tujuh Wilayah Penelitian

Secara konseptual Posyandu merupakan bentuk modifikasi yang lebih maju dalam upaya pemberdayaan masyarakat untuk menunjang pembangunan kesehatan, khususnya untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui penurunan Angka Kematian Bayi (AKB)<sup>4</sup>. Modifikasi dilakukan dengan tetap mempertahankan prinsip *dari, oleh, dan untuk masyarakat, gotong royong dan sukarela*.

Posyandu merupakan unit pelayanan kesehatan di lapangan yang diselenggarakan oleh masyarakat dan untuk masyarakat dengan dukungan teknis Puskesmas. Posyandu melaksanakan lima program kesehatan dasar yakni: Keluarga Berencana (KB), Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), gizi, imunisasi, dan penanggulangan diare. Adapun sasaran utama adalah menurunkan angka kematian bayi dan memperbaiki status kesehatan dan gizi balita, maupun ibu hamil dan menyusui. Di setiap jadwal Posyandu, biasanya ada 3-5 kader Posyandu yang membantu bidan dalam pemberian pelayanan walaupun tidak seperti kondisi ideal. Pelayanan Posyandu yang menganut sistem lima meja, dengan urutan sebagai berikut:

- 1. Meja 1:** Melayani pendaftaran bagi pengunjung Posyandu yang dikelompokkan menjadi tiga yakni bayi dan anak balita, ibu hamil dan menyusui, dan Pasangan Usia Subur (PUS). Pelayanan meja satu dilakukan oleh kader kesehatan.

<sup>4</sup> Buku “*Perkembangan dan Tantangan Masa Depan Promosi Kesehatan di Indonesia*”, (Departemen Kesehatan RI), hl. 33.

2. **Meja 2:** Melayani penimbangan bayi, balita, dan ibu hamil dalam rangka memantau perkembangan bayi, balita, dan janin dari ibu yang sedang hamil, yang dilayani oleh kader kesehatan.
3. **Meja 3:** Melayani pencatatan hasil penimbangan dari Meja 2 di dalam Kartu Menuju Sehat (KMS ), baik KMS bayi atau balita maupun KMS ibu hamil, juga dilayani oleh kader.
4. **Meja 4:** Melakukan penyuluhan kepada ibu bayi atau balita dan ibu hamil, sebagai tindak lanjut dari hasil pemantauan status gizi, balita dan ibu hamil, dan KB. Meja ini dilayani oleh petugas atau kader.
5. **Meja 5:** Pelayanan oleh petugas medis atau paramedis dari Puskesmas untuk imunisasi, pemasangan alat kontrasepsi, atau pengobatan bagi yang memerlukan, dan periksa hamil. Bila terdapat kasus yang tidak dapat ditangani oleh Posyandu, mereka akan dirujuk ke Puskesmas.

Sistem lima meja tersebut di atas adalah sistem ideal yang seharusnya diterapkan di setiap Posyandu, fakta lapangannya tidak ada satu pun Posyandu yang menerapkan sistem lima meja tersebut. Pelaksanaan Posyandu di beberapa tempat yang dikunjungi peneliti memperlihatkan pola pelayanan Posyandu yang sangat sederhana. Jika dilihat dari kriterianya, secara umum keberadaan fasilitas Posyandu dapat dibedakan dalam beberapa empat kategori berdasarkan kriteria yang didasarkan pada pertimbangan kemampuan dan kesiapan pelayanan yang diberikan. Berikut ini penjelasan tentang kriteria Posyandu yang ada:

**a. Posyandu Pratama**

Biasanya memiliki tanda papan nama bercat merah. Posyandu jenis ini dikelola oleh kader kurang dari lima orang, belum memiliki kegiatan rutin, juga tidak ada fasilitas bagi penimbangan bayi atau anak.

**b. Posyandu Madya**

Memiliki tanda papan nama bercat dasar kuning. Dikelola oleh kader dengan jumlah kurang dari lima orang. Sudah ada kegiatan rutin penimbangan bayi atau anak.

**c. Posyandu Purnama**

Bertanda papan nama bercat warna hijau, dikelola oleh lima orang kader, telah memiliki kegiatan rutin dan memiliki dana sehat dari hasil swadaya masyarakat untuk keperluan operasional kegiatan Posyandu. Penggalangan dana dari masyarakat tersebut dapat dilaksanakan dengan adanya inisiatif dari tokoh masyarakat setempat.

**d. Posyandu Mandiri**

Bertanda papan nama dengan cat warna biru, dikelola oleh minimal lima orang kader atau lebih. Memiliki dana sehat untuk operasional kegiatan dan juga memiliki kegiatan tambahan program Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD), program Toga (tanaman obat). Dari hasil penelitian WRI, hingga tahun 2006 jumlah Posyandu yang ada di Kabupaten Sumba Barat sebanyak 596 yang tersebar di 17 kecamatan.

an dan 170 desa terdiri atas Posyandu Purnama dan Posyandu Mandiri. Jumlah Posyandu tersebut belum menyebar secara merata di masing-masing dusun di desa tersebut, karena beberapa desa membuat sentral pelayanan Posyandu di Polindes atau kantor desa dengan jadwal satu kali dalam sebulan.

Di Kecamatan Kota Waikabubak, misalnya, jumlah Posyandu lebih banyak dibandingkan dengan kecamatan lainnya. Hal ini menunjukkan bahwa pelayanan Posyandu cukup meluas karena dua desa yaitu Desa Kalembu Kuni dan Desa Kodaka telah memiliki 2-4 Posyandu untuk melayani dusun-dusun yang letaknya jauh dari pusat desa. Sementara itu kecamatan lainnya seperti Kecamatan Lamboya, dua desanya yaitu Desa Gaura dan Desa Kabukarudi hanya memiliki 1-2 Posyandu, sehingga jadwal pelayanan Posyandu pun menjadi lebih singkat. Hal ini berkaitan dengan pola pemukiman masyarakat yang menyebar berjauhan. Untuk memudahkan pelayanan, Bidan Desa (Bides) membuat jadwal pelayanan 1-2 kali yang bertempat di Polindes atau rumah kepala desa. Untuk mengaksesnya, masyarakatlah yang kemudian datang ke Polindes atau rumah kepala desa dengan jadwal rutin setiap bulannya.

Di tiap desa biasanya terdapat kader Posyandu untuk membantu kelancaran tugas Bides dalam memberikan pelayanan sesuai jadwal Posyandu. Selain itu, tugas kader Posyandu secara aktif menginformasikan berbagai informasi yang berkaitan dengan kesehatan di desa mereka serta mengorganisir para ibu untuk rajin datang ke Posyandu. Keikutsertaan mereka menjadi kader Posyandu biasanya atas penunjukan ibu Kades (Kepala Desa) sekaligus menjadi ketua kader Posyandu atau mereka secara sukarela mengajukan sendiri keinginan menjadi kader Posyandu.

Sebagai gambaran, pelaksanaan Posyandu di Desa Kalembu Kuni, Kecamatan Kota Waikabubak adalah di kantor desa. Semula jadwal pelaksanaan Posyandu dilakukan pada pukul 08.00 mengalami kelambatan sampai pukul 09.00-an karena menunggu bidan yang datang. Sayangnya, bidan tidak dapat datang karena baru saja melahirkan dan hanya diganti oleh seorang perawat utusan Puskesmas yang dibantu oleh tiga orang kader Posyandu. Dalam pemberian pelayanan, perawat hanya memberikan suntikan KB dan pemberian pil KB tanpa ada penjelasan apa pun tentang manfaat dan risiko KB. Begitu juga dengan pemeriksaan kehamilan, perawat dibantu oleh satu orang kader Posyandu yang hanya melakukan penimbangan badan ibu hamil dan satu kader lainnya melakukan pencatatan ke dalam buku KIA tanpa ada pemeriksaan medis lainnya. Hal ini menunjukkan bahwa ada keterbatasan dari pelayanan Posyandu terhadap masyarakatnya, padahal sebagai pengguna kontrasepsi mereka perlu untuk mengetahuinya.

Selain dari masalah di atas, kader Posyandu tidak memperoleh penghasilan yang pasti dan mereka bekerja secara sukarela. Dari pengakuan beberapa kader Posyandu di Sumba Barat, mereka terkadang menerima insentif sebesar Rp.10.000,- hingga Rp.15.000,- per bulan dan seringkali para kader Posyandu tersebut diharapkan bekerja secara sukarela oleh bidan maupun petugas Puskesmas. Tetapi beberapa Posyandu membuat semacam strategi untuk dapat memberikan insentif kepada para kader Posyandu seperti yang

dilakukan di Desa Kalembo Kuni dimana bidan menarik bayaran terhadap setiap suntikan KB sebesar Rp. 3.500,- yang seharusnya diberikan secara gratis. Hasil pengumpulan biaya suntikan kemudian digunakan sebagai operasional selama pelayanan Posyandu sekaligus diberikan kepada para kader Posyandu yang telah membantu di Posyandu tersebut. Selain itu, perempuan yang melakukan suntik KB setiap kali jadwal Posyandu tidak lebih dari 10 orang dan pemberian kepada para kader hanya sisa dari biaya pembelian minuman teh dan makanan kecil. Tetapi di beberapa Posyandu lainnya seperti Desa Kodaka, tidak diperlakukan pola semacam itu. Strategi dilematis bagi layanan kesehatan reproduksi perempuan, karena seharusnya suntikan KB bagi keluarga miskin gratis. Di sisi lain jika gratis, maka penghargaan terhadap petugas layanan tidak diperhatikan, padahal mereka harus menggunakan waktu produktifnya untuk kerja sukarela. Hal ini bisa jadi memberi pengaruh terhadap kesinambungan dan kualitas layanan Posyandu.

Sementara itu dibandingkan dengan Kabupaten Lombok Tengah, kita dapat melihat bahwa jumlah Posyandu dua kali lebih banyak dari yang ada di Kabupaten Sumba Barat. Lombok Tengah telah memiliki 1.131 Posyandu. Hampir seluruh dusun di setiap desa memiliki Posyandu dengan jumlah kader aktif antara 2-5 orang per dusun. Kader merupakan tenaga relawan murni, tanpa dibayar, namun merupakan tenaga inti di Posyandu. Sebagian besar kader adalah perempuan anggota Pembinaan Kesejahteraan Keluarga (PKK). Sistem perekrutan kader didasarkan pada kesediaan individu. Pada awalnya lebih banyak anggota PKK menjadi penggerak Posyandu. Tenaga medis yang biasa datang pada setiap jadwal Posyandu adalah satu orang bidan dan satu orang tenaga medis lainnya seperti perawat, atau hanya satu orang bidan yang bertanggungjawab di desa tersebut. Selebihnya penanganan sistem meja dilakukan oleh kader. Observasi di beberapa Posyandu di Kabupaten Lombok Tengah menunjukkan bahwa sistem lima meja ini jarang diterapkan. Kondisi ini terjadi karena sarana dan prasarana Posyandu yang sering tidak memadai, tidak ada tempat khusus yang dijadikan sebagai Posyandu, melainkan hanya menumpang di halaman rumah Kepala Dusun (Kadus) ataupun di rumah kader yang umumnya sempit. Hal lain yang dirasa sulit adalah kurangnya jumlah petugas yang seharusnya memberikan penyuluhan kesehatan sehingga pemberian informasi kesehatan seringkali diabaikan. Walaupun kader mau melakukannya, tidak banyak yang mampu terutama memberikan informasi seputar kehamilan, persalinan, dan masa nifas.

Peran yang dilakukan oleh kader biasanya menentukan jadwal Posyandu, membantu pencatatan untuk dilaporkan ke Puskesmas, memberikan penyuluhan di masyarakat, dan keterlibatan tentatif pada program-program yang dilaksanakan oleh Puskesmas dan Dinas Kesehatan seperti program gizi buruk, penanganan malaria, demam berdarah, dan sebagainya. Imbalan terhadap kader Posyandu biasanya tidak seimbang dengan kerja yang mereka lakukan. Rata-rata setiap bulan mereka hanya mendapat insentif sebesar Rp. 5.000,- hingga Rp. 15.000,-. Sejak awal 2007, kader mendapat penambahan insentif sebesar Rp. 20.000,- per bulan, tetapi menurut pengakuan kader, insentif sebesar itu baru satu kali mereka terima. Selebihnya terhambat karena belum ada pencairan lagi. Para kader yang ditemui selama penelitian pada umumnya sangat berharap ada peluang yang bisa diberikan

kepada kader yang telah lama membantu Posyandu, seperti peningkatan ekonomi. Alasan mereka karena saat membantu di Posyandu otomatis mereka tidak bekerja dan berarti tidak ada pendapatan, sementara di Posyandu mereka diharapkan bekerja secara sukarela. Peran kader tidak hanya terbatas di Posyandu, namun juga di tengah masyarakat umum. Banyak masyarakat di pedesaan mengakui peran kader besar dalam memberikan informasi kesehatan, mengajak mereka untuk terus datang ke Posyandu sekaligus menjadi penghubung antara tenaga kesehatan dan masyarakat.

Jika keberadaan Posyandu di Kabupaten Lombok Tengah dua kali lebih banyak dari yang ada di Sumba Barat, maka berdasarkan data dari Dinas Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial Kabupaten Jembrana-Bali, jumlah Posyandunya adalah 325. Jumlah tersebut sudah termasuk kategori dalam empat tingkatan yaitu Posyandu Pratama, Madya, Purnama, dan Mandiri. Posyandu tingkat Pratama di Kabupaten Jembrana adalah lima Posyandu tingkat Madya di Kabupaten Jembrana adalah 29. Posyandu tingkat Purnama adalah sebanyak 260. Sementara itu, Posyandu tingkat Mandiri adalah sebanyak 31. Jumlah tersebut merata di seluruh kecamatan di Kabupaten Jembrana dengan jumlah yang berbeda. Penyebaran jumlah Posyandu di Kabupaten Jembrana dan tingkatannya dapat dilihat dalam Tabel 3.4. berikut.

**Tabel 3.4.**  
**Jumlah Posyandu menurut Strata dan Kecamatan di Kabupaten Jembrana**

No.	Kecamatan	Puskesmas	Jumlah Posyandu				
			Pratama	Madya	Purnama	Mandiri	Jumlah
1.	Melaya	Melaya	4	12	37	19	72
2.	Negara	Kaliakah	1	13	56	1	71
		Dangin Tukadayah	0	4	54	0	58
3.	Mendoyo	Mendoyo	0	0	71	11	82
4.	Pekutatan	Pekutatan	0	0	42	0	42
Jumlah			5	29	260	31	325

Sumber: Dinas Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial Kabupaten Jembrana tahun 2005.

Di Jembrana, pelayanan Posyandu memiliki beberapa tenaga kesehatan. Tenaga kesehatan yang ada untuk setiap kali pelayanan adalah perawat sebanyak satu orang dan bidan sebanyak satu orang. Tenaga kesehatan tersebut dibantu oleh beberapa kader Posyandu yang ada di masing-masing banjar atau dusun dalam memberikan pelayanan. Jumlah kader Posyandu untuk masing-masing Posyandu atau Banjar adalah berbeda. Selain petugas tersebut, di pelayanan Posyandu juga ada petugas KB<sup>5</sup>. Namun keberadaan petugas tersebut tidak selalu ada di Posyandu yang ada di Jembrana. Petugas lainnya yang juga kadang ada dalam pelayanan Posyandu adalah konseling epidimiologi (konseling tentang penyakit menular dan mendadak). Petugas ini juga tidak selalu ada di setiap Posyandu yang ada di Jembrana<sup>6</sup>. Petugas lainnya yang juga kadang ada adalah petugas gizi<sup>7</sup>.

<sup>5</sup>. Berdasarkan hasil wawancara dengan kader Posyandu Desa Melaya, Kecamatan Melaya, Kabupaten Jembrana.

<sup>6</sup>. Berdasarkan hasil wawancara dengan kader Posyandu Desa Candikusuma, Kecamatan Melaya, Kabupaten Jembrana.

<sup>7</sup>. Berdasarkan hasil wawancara dengan kader Posyandu Desa Tegal Badeng Timur, Kecamatan Negara, Kabupaten Jembrana.



Pelaksanaan Posyandu di Jembrana juga dilakukan sekali dalam sebulan untuk masing-masing Posyandu. Pelaksanaan Posyandu dilakukan di Balai Banjar. Sejak kebijakan Posyandu diberlakukan, pelaksanaan Posyandu dilakukan secara bersama-sama dengan pelayanan masyarakat lainnya secara terpadu. Dalam pelayanan Posyandu terdapat beberapa petugas selain untuk petugas Posyandu yaitu petugas pemerintah bidang peternakan, pertanian, dan Deperindag (Departemen Perindustrian dan Perdagangan).

Sementara itu, di Surakarta-Jawa Tengah, keberadaan Posyandu dibagi menjadi dua yaitu untuk anak bawah lima tahun (Posyandu Balita) dan untuk usia lanjut (Posyandu Usila). Pada tahun 2006, jumlah Posyandu yang ada di Kota Surakarta sebanyak 586, jumlah ini terhitung meningkat dibandingkan dengan jumlah pada tahun 2005 sebanyak 578. Dari 586 Posyandu tersebut, 17 Posyandu (2,9%) berada pada strata Pratama, 82 Posyandu (13,99%) berada pada strata Madya, 271 Posyandu (46,25%) berada pada strata Posyandu Purnama, dan 216 Posyandu (36,86%) berada pada strata Posyandu Mandiri. Dibandingkan dengan target SPM tahun 2006 untuk Posyandu Mandiri sebesar 40%, capaian tahun 2006 telah melampaui target yang ditetapkan. Untuk Posyandu Mandiri, dibandingkan dengan angka tahun 2005 sebesar 28,89%, maka mengalami kenaikan. Jika dilihat penyebaran tiap Puskesmas, maka Puskesmas dengan Posyandu mandiri terbanyak ada di wilayah Puskesmas Manahan (97,37%) dan yang terendah di wilayah Puskesmas Pajang (0%). Untuk setiap pelaksanaan kegiatan Posyandu di wilayah penelitian Surakarta diselenggarakan oleh kader PKK sebanyak lima orang dibantu oleh dua orang tenaga bidan. Adapun peralatan penunjang kegiatan Posyandu di antaranya adalah timbangan bayi, timbangan badan (untuk orang dewasa), dan alat pengukur tekanan darah. Posyandu biasa dilaksanakan satu kali dalam satu bulan di tempat yang telah disepakati misalnya di depan pos RW ataupun di rumah salah seorang kader Posyandu.

Untuk biaya operasional Posyandu para kader biasa memanfaatkan dana yang diberikan Dinas Kesehatan (dari APBD) yang disalurkan melalui Puskesmas kecamatan yakni sebesar Rp. 900.000,- per tahun. Dana ini harus cukup digunakan untuk menyelenggarakan kegiatan Posyandu selama setahun meliputi penyediaan peralatan penunjang dan juga pemberian Pemberian Makanan Tambahan (PMT) serta uang transpor bagi kader yang membutuhkan. Jumlah ini tergolong mengalami peningkatan dibandingkan dengan tahun anggaran sebelumnya di tahun 2006 yakni sebesar Rp. 600.000,- per tahun. Namun demikian jumlah dana operasional tersebut tetap dirasakan kurang oleh kader Posyandu karena kebutuhan operasional yang cukup tinggi. Sebagai gambaran, untuk setiap kali penyelenggaraan kegiatan Posyandu yang melayani peserta sebanyak kurang lebih 50-100 orang dibutuhkan dana sekitar Rp. 100.000,- untuk menyediakan PMT berupa 2-3 macam *snack* (makanan kecil) dan minuman teh bagi kader penyelenggara. Jika hanya mengandalkan dana subsidi dari APBD tentunya kegiatan Posyandu hanya dapat diselenggarakan sebanyak sembilan kali dalam setahun (itupun tanpa memperhatikan kebutuhan pengadaan peralatan dan juga biaya transportasi kader) karenanya untuk mengatasi kekurangan biasanya kader menghimpun dana tambahan yang berasal dari iuran RT/RW dan juga donatur pribadi.



Beberapa kader di wilayah penelitian yang diwawancarai seringkali mengeluhkan minimalnya dana bagi penyelenggaraan kegiatan Posyandu, tidak jarang para kader yang terkena giliran menyediakan PMT harus menambah kekurangan dana dengan uang pribadi karena didorong oleh rasa sosial. Para kader ini tidak memperoleh imbalan apa pun untuk aktivitas yang mereka lakukan, walaupun ada sumbangan transpor sangatlah terbatas maksimal Rp. 10.000,- per orang itupun untuk kegiatan yang benar-benar penting, misalnya menghadiri undangan pertemuan di kecamatan atau Puskesmas. Sementara itu, para kader memiliki beban tanggungjawab yang cukup berat yakni melakukan pencatatan administrasi tentang data pengunjung Posyandu, data balita beserta kondisinya yang harus direkap setiap akhir bulan. Mereka harus menyajikan laporan kegiatan Posyandu tersebut dalam sekurangnya tujuh buku isian standar yang telah diberikan pihak kelurahan. Belum lagi kewajiban menyediakan PMT yang biasanya dimasak sendiri oleh kader yang mendapat giliran menyediakan PMT, ini membutuhkan waktu dan tenaga tersendiri. Beberapa kader juga mengakui mereka tidak jarang harus mengantarkan sendiri PMT ke rumah balita yang kurang gizi setiap hari, sambil memastikan bahwa makanan tambahan tersebut benar-benar dikonsumsi oleh balita yang membutuhkannya bukan oleh anggota keluarganya yang lain.

Beratnya tanggungjawab yang diemban oleh seorang kader menyebabkan proses pergantian kader tidak berjalan dengan mudah. Seringkali ditemui di wilayah penelitian kader penyelenggara Posyandu adalah para perempuan yang telah berusia lanjut (45 tahun ke atas) yang telah bertugas selama belasan tahun tanpa ada yang menggantikannya. Sulitnya mencari pengganti kader karena tidak banyak perempuan yang mau menjalani tugas kader yang cukup repot dan melelahkan tanpa adanya imbalan atau insentif sedikit-pun. Tanpa kesadaran dan jiwa sosial yang tinggi, sulitlah seseorang bersedia mengemban amanah menjadi seorang kader. Kondisi ini dapat mempengaruhi kesinambungan Posyandu jika pemerintah daerah tidak mengantisipasi masalah tersebut. Membiarkan hal ini terjadi pada dasarnya merupakan pengalihan tanggungjawab pemerintah terhadap warga negaranya. Dalam konteks ini resiko kesehatan perempuan dari keluarga miskin harus ditanggung oleh warganegara itu sendiri.

Sebagai perbandingan dari Posyandu di atas, Kota Surakarta memiliki kegiatan Posyandu yang tidak hanya diselenggarakan untuk balita ataupun ibu hamil namun terdapat pula Posyandu yang diselenggarakan bagi usia lanjut yakni mereka yang berusia 45 tahun ke atas. Posyandu ini dinamakan Posyandu Usia Lanjut (Usila) yang diselenggarakan selama satu bulan sekali di tingkat RW namun ada pula yang diselenggarakan di tingkat kelurahan. Posyandu Usila merupakan kebijakan Dinas Kesehatan yang didanai oleh APBD sebesar Rp. 600.000,- per tahun. Selama tahun 2005, jumlah pra Usila dan Usila yang ada sebanyak 69.955 orang. Dari jumlah tersebut yang dilayani oleh Puskesmas sebanyak 39,63%. Dibandingkan dengan target SPM yang sebesar 60%, maka jumlah tadi masih belum memenuhi target. Hal ini disebabkan cakupan pelayanan di luar Puskesmas belum bisa terjangkau. Posyandu Usila diselenggarakan oleh kader PKK ataupun perwakilan dari mereka yang telah berusia lanjut. Di Posyandu Usila ini diadakan

pemantauan kesehatan para lansia secara rutin melalui penimbangan badan, pengukuran tekanan darah, pengukuran kadar kolesterol, dan juga pengecekan status kesehatan — deteksi adanya penyakit tertentu yang biasa diderita lansia. Kepada para lansia dibagikan PMT berupa bubur kacang hijau atau menu makanan sehat atau sekedar *snack* yang bergizi. Selain itu mereka juga menerima beberapa macam vitamin yang berfungsi untuk memelihara kesehatan tubuh, memicu nafsu makan, dan juga menambah daya tahan tubuh dari penyakit.

Kehadiran Posyandu Usila mendapat respons positif dari para lansia, terbukti dari minat peserta yang relatif tinggi dan cenderung meningkat dari tahun ke tahun. Hal ini didorong oleh alasan kebutuhan adanya pelayanan kesehatan yang murah dan mudah diakses untuk mengetahui secara rutin status gizi dan kesehatan para lansia yang relatif lebih rentan oleh penyakit. Beberapa kader menuturkan bahwa Posyandu Usila sangat dibutuhkan oleh masyarakat karena tidak hanya untuk memantau kesehatan lansia tetapi juga sebagai forum yang memberikan kesempatan lansia untuk bertukar pikiran, cerita, pengalaman atau bahkan permasalahan hidup yang mereka hadapi. Ini juga merupakan media untuk beraktualisasi karena mereka biasanya juga melakukan kegiatan olah raga bersama di sela-sela aktivitas Posyandu berupa senam untuk mengatasi bahaya osteoporosis yang dipimpin oleh tenaga kesehatan atau kader yang telah dilatih oleh Puskesmas.

Para lansia merasa Posyandu ini sangat bermanfaat karena mereka juga bisa memperoleh rujukan ke fasilitas pelayanan kesehatan secara gratis bila ternyata dideteksi mengidap suatu penyakit tertentu, misalnya diabetes ataupun hipertensi. Mereka juga dapat secara teratur memeriksakan kadar kolesterol dalam darah mereka secara gratis, hal yang mungkin sulit dilakukan oleh para lansia yang tidak mampu. Para kader menuturkan bahwa lansia yang ada di daerahnya kebanyakan berada dalam kondisi yang memprihatinkan, kebanyakan mereka adalah janda yang masih harus bekerja menghidupi keluarganya. Para perempuan lansia ini tidak ada yang merawat dan tidak mampu memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada karena keterbatasan ekonomi. Namun ada juga di antara mereka adalah lansia yang berasal dari kelompok ekonomi menengah ke atas namun tidak memiliki sanak keluarga yang bersedia merawat mereka sehingga kesehatan mereka banyak terganggu. Posyandu Usila juga merupakan forum yang berguna untuk memantau siapa lansia yang sakit (karena biasanya mereka tidak datang) bahkan mereka yang meninggal. Para kader menerapkan metode aktif “jemput bola” bila ada lansia yang tidak hadir atau diketahui sakit atau secara fisik sudah tidak kuat untuk datang ke tempat Posyandu, maka para kader lah yang akan datang membawakan PMT dan obat atau vitamin yang diperlukan.

Dibandingkan dengan empat daerah sebelumnya, fasilitas kesehatan di Kabupaten Indramayu lebih mudah diakses. Di kabupaten tersebut terdapat Posyandu yang mudah diakses karena jarak tempuh yang dekat dan murah biaya transportasi menuju Posyandu membuat perempuan lebih memilih Posyandu untuk melakukan pemeriksaan kehamilan, imunisasi ibu hamil dan anak serta pelayanan KB. Begitu juga dengan bidan praktik yang sesungguhnya merupakan Bides yang bertugas di beberapa desa yang menjadi wilayah penelitian WRI. Perempuan seringkali kesulitan mendefinisikan apakah Bides yang ber-

tugas di luar jam kerjanya masih berstatus sebagai Bides atau tidak. Sehingga masih banyak persepsi jika masyarakat mengakses bidan di rumahnya, maka mereka menganggap bidan sedang melakukan praktik bidan, dan bidan sendiri mempunyai kecenderungan tidak menjelaskan secara detail tugasnya selaku Bides. Terlepas dari itu semua, banyak perempuan di Kabupaten Indramayu mengaku lebih mudah mengakses bidan daripada fasilitas kesehatan lainnya seperti Puskesmas, Pustu maupun Polindes. Karena jumlah Pustu dan Polindes yang sangat terbatas di Kabupaten Indramayu, membuat pasien kesulitan untuk bisa mengaksesnya.

Posyandu di Kabupaten Indramayu pada tahun 2004 berjumlah 3.126, dan 1.642 di antaranya adalah Posyandu Pratama, 1.370 Posyandu Madya, 110 Posyandu Purnama, dan empat Posyandu terakhir adalah Posyandu Mandiri. Hampir di semua desa dan dusun di Kabupaten Indramayu telah memiliki Posyandu sebagai salah satu tempat pemeriksaan kehamilan dan imunisasi, sedangkan untuk pelayanan KB tidak diberikan di Posyandu karena suntik KB gratis bisa didapatkan masyarakat setiap hari Kamis di Puskesmas. Pelayanan yang diberikan Posyandu meliputi layanan imunisasi BCG, DPT, Hepatitis, campak, pemberian vitamin A, imunisasi polio, suntik TT, pemeriksaan ibu hamil dan pemberian FE (zat besi) yang dilakukan oleh bidan, sedangkan lima orang kader Posyandu bertugas membantu bidan melakukan penimbangan bayi dan pencatatan. Jadwal Posyandu dilaksanakan satu kali dalam sebulan di setiap dusun, dengan jam layanan dari pukul 09.00-12.00 WIB. Selebihnya, jika perempuan hamil ingin memeriksakan diri bisa langsung mendatangi Bides ataupun datang ke Polindes dan Puskesmas terdekat dengan rumah mereka.

Metode kegiatan Posyandu yang dilakukan di dusun, sehari sebelum pelaksanaan Posyandu, kader akan keliling ke seluruh dusun untuk memberitahukan kepada ibu hamil dan perempuan pemilik anak balita untuk datang mengunjungi Posyandu esok harinya. Pemberitahuan ini bukan tanpa kendala, karena banyak ibu yang menolak datang ke Posyandu dengan alasan sibuk mencuci baju dan memasak untuk keluarga mereka ataupun anak balita yang akan dibawa telah tertidur. Upaya lainnya yang dilakukan pemerintah Kabupaten Indramayu dalam rangka memperluas akses masyarakat terhadap fasilitas dan pelayanan kesehatan, diberlakukan kebijakan retribusi gratis di tingkat pelayanan kesehatan dasar yaitu Puskesmas dan Pustu. Kebijakan yang mempunyai tujuan mulia ini ternyata juga tidak mudah dilaksanakan. Mulai dari kendala sumber daya manusia (SDM), dampaknya terhadap program kesehatan lainnya terkait dengan masalah pendanaan, akses ke Puskesmas dan Pustu terdekat, sampai dengan kualitas pelayanan yang diberikan. Menurut data dari pihak Dinas Kesehatan Kabupaten Indramayu, sejak diberlakukannya kebijakan tersebut, jumlah kunjungan *klien* ke Puskesmas meningkat pesat mencapai 50%, sementara SDM kesehatan yang tersedia tidak mencukupi, yang membuat pihak Puskesmas harus bekerja keras. Hal ini tentu saja akan berdampak pada kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan.

Dari hasil wawancara dengan responden dan temuan hasil survei menunjukkan bahwa untuk mendapatkan pelayanan kesehatan di Puskesmas kadang mereka harus mengantri

sampai satu jam, bahkan mungkin lebih. Bagi masyarakat yang mampu membayar ke pelayanan kesehatan swasta ada pilihan bagi mereka, namun bagi masyarakat yang tidak mampu mengakses ke pelayanan kesehatan swasta, ini merupakan kondisi yang harus mereka terima karena tidak mempunyai pilihan lain. Temuan di lapangan juga menunjukkan ada masyarakat yang memanfaatkan jasa Bides di Posyandu untuk meminta obat untuk sakit yang mereka keluhkan. Keluhan yang umumnya mereka kemukakan adalah batuk-batuk, pusing, sakit perut. Padahal bila dilihat secara etika kompetensi kebidanan, bidan tidak bisa memberikan obat apalagi untuk keluhan-keluhan umum (di luar lingkup kebidanan). Hal ini bisa jadi karena mereka malas pergi ke Puskesmas karena lebih jauh juga harus menghadapi antrian yang cukup panjang dan lama.

Jika kita bandingkan dengan keberadaan Posyandu di Kabupaten Lebak maka berdasarkan data dari Dinas Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial Kabupaten Lebak, jumlah Posyandu di wilayah Lebak adalah 1.646 buah, jauh lebih sedikit daripada Indramayu. Jumlah tersebut meliputi Posyandu Pratama, Madya, Purnama dan Mandiri. Jumlah Posyandu yang masuk kategori Pratama adalah sebanyak 1.289 buah. Jumlah Posyandu yang masuk dalam kategori Madya adalah sebanyak 252 buah. Jumlah Posyandu

**Tabel 3.5.**  
**Jumlah Posyandu dan Kader Aktif di Masing-Masing Kecamatan di Kabupaten Lebak**

No.	Kecamatan	Jumlah Posyandu	Jumlah Kader	Jumlah Kader Aktif
1.	Malingping	92	208	148
2.	Wanasalam	58	157	48
3.	Panggarangan	87	435	252
4.	Bayah	48	220	164
5.	Cilograng	48	205	123
6.	Cibeber	79	318	170
7.	Cijaku	64	310	176
8.	Banjarsari	80	300	165
9.	Cileles	55	86	36
10.	Gunung Kencana	55	265	151
11.	Bojongmanik	74	317	213
12.	Leuwidamar	72	360	270
13.	Muncang	33	165	87
14.	Sobang	42	200	105
15.	Cipanas	77	365	176
16.	Sajira	57	205	150
17.	Cimarga	78	303	90
18.	Cikulur	53	165	56
19.	Warunggunung	67	221	159
20.	Cibadak	63	336	196
21.	Rangkasbitung	168	725	382
22.	Maja	55	140	81
23.	Curugbitung	34	136	52
Jumlah		1.539	6.142	3.450

Sumber: Lebak dalam Angka, 2007

yang masuk kategori Purnama sebanyak 103 buah. Sementara, jumlah Posyandu yang masuk kategori Mandiri adalah dua buah. Untuk pemberian pelayanan di Posyandu, Kabupaten Lebak mempunyai kader Posyandu sebanyak 6.142 orang. Seluruh kader tersebut tidak seluruhnya merupakan kader aktif. Jumlah kader aktif di wilayah ini adalah sebanyak 3.450 orang. Jumlah Posyandu dan kader aktif tersebut tersebar di seluruh kecamatan yang ada di Kabupaten Lebak dengan penyebaran yang berbeda satu sama lain. Penyebaran jumlah Posyandu di Kabupaten Lebak serta jumlah kadernya dapat dilihat dalam Tabel 3.5.

Para kader Posyandu mendapatkan berbagai pelatihan baik sebelum menjadi kader hingga pada saat masih menjadi kader. Para kader mendapatkan berbagai materi yang meliputi AKI, AKB, obat tambah darah untuk ibu hamil, dan 3T yang menyebabkan terjadinya AKI, yaitu terlambat mengetahui, terlambat mengambil keputusan, dan terlambat menerima pertolongan<sup>8</sup>. Selain itu, para kader Posyandu juga dilatih untuk menjadi pengganti bidan dalam beberapa hal. Para kader dibentuk untuk menjadi mediator antara masyarakat dan bidan. Dalam hal ini, kader bertugas untuk mendata jumlah ibu hamil, jumlah ibu yang mempunyai resiko tinggi dalam persalinan. Para kader ini selanjutnya diharapkan untuk tanggap dengan proses persalinan yang akan dilakukan oleh para ibu di kampung dengan menyediakan ambulan desa. Para kader juga mendata jumlah bayi yang masuk kategori gizi buruk untuk selanjutnya memberinya vitamin dan mendorongnya untuk rutin memeriksakan ke Posyandu.

Dalam menjalankan aktifitasnya, para kader juga mengalami hambatan-hambatan. Hambatan yang paling banyak dirasakan adalah menyadarkan masyarakat yang tidak mengetahui tentang kesehatan secara umum maupun kesehatan reproduksi, terutama pada saat mengarahkan masyarakat untuk meminta persalinan kepada bidan. Termasuk dalam hal ini menyadarkan masyarakat akan pentingnya ikut Tabulin (Tabungan Persalinan) agar meringankan biaya persalinan. Untuk tugasnya dan peran kader tersebut, para kader Posyandu mendapatkan fasilitas berupa berobat gratis. Pelayanan berobat gratis tersebut tidak hanya diperuntukkan pada kader saja. Pelayanan tersebut juga berlaku untuk keluarga kader Posyandu. Namun, dalam pelaksanaannya, kadang-kadang fasilitas tersebut masih harus ditambah dengan SKTM jika akan mengakses fasilitas layanan kesehatan di rumah sakit. Selain itu, para kader juga mendapatkan insentif untuk setiap bulannya sebesar Rp. 25.000,-. Tetapi, insentif tersebut masih harus dipotong pajak sehingga para kader hanya menerima bersih sebanyak Rp. 23.000,-.

Di pelayanan Posyandu, terdapat beberapa tenaga kesehatan. Tenaga kesehatan yang ada untuk setiap kali pelayanan adalah bidan sebanyak satu orang, Petugas Lapangan Keluarga Berencana (PLKB) sebanyak satu orang, kader Posyandu sebanyak lima orang yang terdiri atas satu orang kader keliling dan kader yang menetap di Posyandu. Selain itu, dalam pelayanan di Posyandu juga biasanya terdapat Mantri Keliling (Manling). Namun, tidak semua Posyandu terdapat Manling dalam pelayanannya. Pelayanan Posyandu

---

<sup>8</sup>. Berdasarkan informasi yang disampaikan oleh salah satu kader Posyandu di daerah Cikarang, Kabupaten lebak.



dilaksanakan selama satu bulan sekali. Adapun waktu pelaksanaan pelayanan dimulai dari pukul 08.00 hingga 11.00 WIB. Dalam memberikan pelayanan kesehatan, Posyandu menggunakan prosedur pelayanan dengan menggunakan sistem lima meja. Maksudnya, proses pelayanan di Posyandu mengikuti alur lima meja secara berurutan, yaitu pendaftaran, penimbangan ibu hamil dan balita, pencatatan, penyuluhan, dan pelayanan. Dalam pelaksanaannya, kegiatan pelayanan di Posyandu membutuhkan beberapa peralatan. Peralatan yang dimaksud meliputi beberapa, yaitu timbangan injak, perkakas untuk membuat bubur atau pemberian makanan tambahan, timbangan gantung, dan beberapa alat permainan BKB. Berbagai sarana Posyandu tersebut berasal dari berbagai sumber. alat-alat PMT berasal dari keelurahan. Sedangkan, timbangan gantung dan timbangan duduk berasal dari Puskesmas. Sementara, alat permainan BKB merupakan bantuan dari BKKBN.

Sementara itu di Kabupaten Lampung Utara pada tahun 2005, jumlah Posyandu sebanyak 563 unit yang terdiri atas 33,57% (189) Posyandu Pratama, 40,32% (227) Posyandu Madya, 22,74% (128) Posyandu Purnama, dan 3,37% (19) Posyandu Mandiri, sedangkan pada tahun 2006 jumlah Posyandu mengalami peningkatan yakni menjadi sebanyak 606 unit. Seperti halnya di Kota Surakarta, Posyandu melayani anak bawah lima tahun dan usia lanjut. Posyandu Balita memiliki rasio ketersediaan fasilitas sebesar 1:107, yang artinya setiap satu Posyandu melayani 107 orang balita. Rasio Posyandu terhadap penduduk sebesar 1:961, artinya, setiap satu Posyandu akan melayani 961 penduduk. Jumlah Posyandu ini mengalami peningkatan dalam jumlah pada tahun 2006 yakni sebanyak 606. Namun pada tahun 2007 jumlah Posyandu justru menurun yakni sebanyak 601, karena adanya penggabungan beberapa Posyandu menjadi satu.

Posyandu di Kabupaten Lampung Utara merupakan bagian dari program Upaya Kesehatan Bersumber Masyarakat (UKBM) dimana pendanaan kegiatan bertumpu tidak hanya dari pemerintah daerah (Dinas Kesehatan) tetapi juga swadana penggalangan dari masyarakat setempat. Pelayanan yang diberikan di setiap Posyandu di antaranya adalah pelayanan kesehatan ibu dan anak meliputi pemeriksaan kehamilan, penimbangan badan ibu hamil dan anak, pelayanan KB, penambahan gizi anak berupa pemberian PMT, imunisasi serta pengobatan untuk penyakit ringan seperti diare atau pilek, batuk. Untuk setiap pelayanan yang diberikan tersedia tenaga medis yang bertanggungjawab di setiap pelaksanaan Posyandu yakni minimal satu bidan yang dibantu oleh beberapa orang kader. Pelayanan yang disediakan di Posyandu sebenarnya ditetapkan gratis oleh Dinas Kesehatan, namun di lapangan kondisinya beragam, ada yang benar-benar gratis ada pula yang dikenakan tarif. Untuk jenis pelayanan KB suntik biasanya akseptor masih dikenakan tarif sekitar Rp. 10.000,- hingga Rp. 15.000,- dengan alasan untuk pengganti jarum suntik, begitu pula dengan imunisasi yang seharusnya gratis seringkali masih ditemukan pungutan biaya dengan alasan pengganti biaya jarum suntik sebesar Rp. 1.000,- hingga Rp. 5.000,-

Pelayanan safari KB sebagai bagian dari kegiatan Posyandu yang bertujuan untuk peningkatan keikutsertaan KB diadakan di Lampung Utara sebanyak sekali dalam setahun. Dalam kegiatan ini diberikan pelayanan KB secara gratis atau dengan harga yang murah bagi penduduk. Untuk kontrasepsi jenis spiral sebenarnya disediakan gratis di pelayanan

tingkat Posyandu namun ternyata kurang diminati masyarakat Lampung Utara, apalagi kondom. Rata-rata responden mengaku risih dan malu memasang spiral karena harus ‘membuka auratnya’, tidak diijinkan oleh suami, selain itu juga ada ketakutan akan adanya risiko hilang atau problem kesehatan lain yang lebih serius — berdasarkan pengalaman atau cerita yang beredar di kalangan masyarakat. Sementara itu, KB jenis kondom kurang diminati karena kurangnya kesadaran dari pihak pria untuk ikut berpartisipasi dalam mengatur jumlah kelahiran anak dalam keluarganya. Rata-rata dari mereka menyerahkan tanggungjawab tersebut kepada pihak perempuan.

Pelaksanaan kegiatan Posyandu di beberapa daerah di Kabupaten Lampung Utara hingga saat ini masih belum ditunjang dengan pendanaan yang memadai dari Dinas Kesehatan. Keterbatasan pendanaan itu terlihat dari rendahnya insentif yang disediakan bagi kader Posyandu yakni sebesar Rp. 8.000,- per bulan untuk masa enam bulan saja selama tahun anggaran 2007, itu pun hanya diperuntukkan bagi kader aktif sebanyak maksimal lima orang di tiap Posyandu. Hal itu dikeluhkan oleh kader Posyandu yang selama ini berperan aktif dalam penyelenggaraan kegiatan. Mereka menganggap bahwa dana insentif tersebut terlalu kecil dibandingkan dengan kerja yang mereka lakukan, di antaranya adalah harus memasak makanan dan membaginya setiap hari untuk program tambah gizi bagi Balita yang kurang gizi selama tiga bulan penuh. Persoalan ini tampak merata di seluruh wilayah penelitian dan ini menunjukkan bahwa Posyandu ada dalam kondisi yang kritis dan perlu perhatian yang serius.

Mekanisme pendanaan kegiatan Posyandu di Kabupaten Lampung Utara bertumpu pada dana revitalisasi Posyandu yang ditetapkan oleh Gubernur Pusat Lampung. Dana sebesar kurang lebih Rp. 1,8 juta dialokasikan untuk penyelenggaraan Posyandu selama setahun. Dana ini disalurkan melalui rekening dari Puskesmas untuk kemudian disalurkan kepada unit-unit kegiatan Posyandu yang ada di masing-masing wilayah dengan peruntukkan bagi kebutuhan pengadaan seragam, buku petunjuk teknis, peralatan serta pengadaan PMT bagi balita kurang gizi. Dapat dibayangkan betapa minimalnya dana yang dapat digunakan untuk kegiatan selama setahun bila setiap kali kegiatan membutuhkan dana minimal Rp. 100.000,- di setiap Posyandu, maka kebutuhan selama setahun adalah sebesar Rp. 1.200.000,- di setiap unit Posyandu. Sementara itu, di setiap wilayah terdapat Posyandu minimal dua, sehingga dapat dipastikan bahwa dana revitalisasi yang diberikan sangat jauh dari cukup untuk pendanaan kegiatan selama setahun.

Untuk mengatasi keterbatasan dana yang ada di beberapa Posyandu para kader berinisiatif menyelenggarakan kegiatan arisan bagi peserta Posyandu dengan iuran yang terjangkau yakni sebesar Rp. 5.000,- per bulan dimana setiap kali penarikan akan dipotong untuk mengisi kas Posyandu. Tambahan dana dari arisan ini sangat berarti guna menambah dana bagi pengadaan program gizi balita yang kurang. Untuk diketahui, angka balita kurang gizi di Kabupaten Lampung Utara tergolong paling tinggi untuk seluruh wilayah Lampung yakni sebesar 42,8%, sedangkan angka kematian bayi mencapai 46,9% (angka ini juga tergolong terburuk di Lampung) sementara PMT yang tersedia di setiap Posyandu hingga saat ini masih terbatas. Sebagai gambaran, untuk setiap balita yang kurang gizi semestinya



mendapat PMT berupa minimal tiga bungkus roti biskuit untuk setiap bulannya, namun dalam pelaksanaannya ternyata balita hanya menerima masing-masing tiga keping biskuit untuk setiap penyelenggaraan Posyandu. Dapat dibayangkan bagaimana upaya peningkatan gizi balita buruk di Kabupaten Lampung Utara yang kasusnya tergolong tertinggi di antara daerah lain di Lampung ini bisa berjalan optimal bila ternyata masih terkendala oleh keterbatasan biaya dan minimnya bantuan penyediaan makanan (gizi) tambahan.

### 1.3. Pondok Bersalin Desa (Polindes)

Polindes sebagai unit yang lebih sederhana di bawah wilayah kerja Puskesmas dimana bangunan fisik Polindes dapat berasal dari sumbangan dana pemerintah dan partisipasi masyarakat desa untuk membantu persalinan dan pemondokan ibu bersalin sekaligus tempat tinggal Bides. Polindes adalah unit pelayanan kesehatan yang pengawasannya di bawah Puskesmas. Polindes dibangun dari sumbangan dana pemerintah dan partisipasi masyarakat desa untuk membantu persalinan dan pemondokan ibu bersalin sekaligus tempat tinggal Bides. Pendirian Polindes diharapkan dapat membantu persalinan dengan cara mendekatkan akses ke fasilitas kesehatan. Secara standar nasional, ketersediaan Polindes adalah untuk satu desa satu Polindes dan diperuntukkan bagi satu orang Bides.

Empat desa yang didatangi peneliti di Kabupaten Sumba Barat belum ada bangunan Polindes, baik dari sumbangan pemerintah maupun partisipasi masyarakat desa. Bides harus berupaya secara mandiri mencari alternatif pengganti bangunan Polindes yang seharusnya menjadi ruang operasional Bides dalam melayani pasiennya. Seperti penuturan Bides Kodaka berikut ini:

“Saya inisiatif sendiri minta rumah penduduk untuk dijadikan Polindes, sudah usul berulang-ulang... menurut Dinas Puskesmas masih dekat, jadi kalau ada prioritas pembangunan di luar-luar dulu, belum ada dana di sini, sudah diusulkan terus di Musrembang.”<sup>9</sup>

Bidan Kodaka pun berinisiatif memberikan pelayanan 24 jam di rumah pribadinya dan pada awal tahun 2007, secara sukarela seorang penduduk Desa Kodaka memberikan pinjaman rumah kecil bagi Bides sebagai tempat sementara Polindes. Berbekal peralatan pribadinya, Bidan Kodaka kemudian melakukan operasional rutin di Polindes tersebut. Inisiatif bidan tersebut sangat membantu masyarakat dalam mendekatkan pelayanan kesehatan di Polindes. Saat berkunjung di lapangan, Polindes cukup ramai dikunjungi ibu-ibu hamil yang melakukan pemeriksaan kehamilan mereka. Pola ini hampir sama dilakukan oleh beberapa Bides lainnya seperti Bides Kalembu Kuni yang meminjam kantor Kepala Desa sebagai tempat sementara Polindes, sedangkan Desa Gaura sendiri masih menempati bangunan kayu berukuran kecil sebagai tempat tinggal bidan sekaligus Polindes.

---

<sup>9</sup> Wawancara dengan Bety Mode, Bidan desa Kodaka, 12 Desember 2007

Sebagaimana penuturan Sub Dinas Pelayanan Kesehatan Barnabar Bernabu dari Dinas Kesehatan Sumba Barat, bahwa pembangunan fasilitas kesehatan harus berdasarkan dana dan prioritas yang sedang dilakukan pada tahun anggaran berjalan:

“Sementara ini, saat sentralisasi dulu biasanya melalui dana inpres, tetapi sekarang ini pemerintah pusat kita dapat menggunakan dana alokasi khusus dibolehkan untuk membangun melalui dana DAK dan dana DAK itu untuk pembangunan fisik dan tidak boleh untuk belanja jasa, bangunan Puskesmas, Pustu dan Polindes, sedangkan dana untuk honor tidak dapat kami alokasikan dan biasanya diambil dari dana pendamping Dinas Kesehatan sebesar 10%, 90% dana DAU, dan hal itu yang kami lakukan selama ini.”<sup>10</sup>

Faktor tersebut di atas berpengaruh pada prioritas pembangunan Polindes yang akan didirikan di setiap desa, biaya dan prioritas-prioritas desa yang akan dibangun Polindes. Selain itu, Dinas Kesehatan menganggap bahwa sementara ini fasilitas berupa Puskesmas cukup memadai sehingga masyarakat yang tinggal dekat dengan Puskesmas diharapkan untuk lebih mengakses pada Puskesmas.

Sisi lainnya, akses pada fasilitas Puskesmas tidak selalu mudah dilakukan. Jika dilihat tradisi pemukiman penduduk Sumba Barat, sebagian besar perkampungan dibangun di dataran tinggi dan berbukitan dimana penduduk harus menuruni dulu perkampungan mereka untuk dapat menuju jalan raya. Tidak hanya itu, transportasi umum yang mengantarkan penduduk ke pusat desa maupun Puskesmas tidak banyak, hanya ada ojek satu-satunya alat transportasi. Kondisi ini menjadi salah satu faktor kuat mengapa Polindes tetap sangat penting di setiap desanya karena letaknya lebih dekat dibandingkan dengan Puskesmas. Para perempuan hamil pun mengakui lebih mudah mengakses Posyandu, Polindes ataupun rumah bidan dibandingkan dengan Puskesmas untuk melakukan pemeriksaan kehamilan, persalinan dan masa nifas. Selain jarak tempuh yang lebih dekat, hubungan yang terbangun dengan bidan pun diakui sangat kekeluargaan dan tidak formal.

Wilayah kerja Polindes hampir sama dengan Pustu, yaitu meliputi satu sampai dua desa. Di seluruh Kabupaten Lombok Tengah sejauh ini telah dibangun 100 Polindes. Namun dari 100 Polindes tersebut sebanyak 37 dalam keadaan rusak dan membutuhkan perbaikan. Selebihnya, 63 Polindes, walaupun tidak rusak namun menurut Bides masih harus dilengkapi dengan sarana dan prasarana yang lebih memadai dan layak ditempati. Banyak Polindes yang bangunannya bagus tetapi tidak memiliki fasilitas air, listrik, dan WC. Selain itu jumlah kamar dan tempat tidur pun hanya satu, sehingga Polindes hanya bisa menangani satu pasien. Jika ada dua pasien yang datang bersamaan, maka bidan akan memprioritaskan pasien yang akan melahirkan terlebih dulu. Namun pengaturan

---

<sup>10</sup> Wawancara Subdinas Pelayanan Kesehatan Barnabar Bernabu dari Dinas Kesehatan Sumba Barat, 11 Desember 2007.

seperti ini tidak selalu berjalan mulus. Dalam sebuah diskusi kelompok terfokus (FGD) yang diselenggarakan WRI<sup>11</sup>,

“Seorang bidan menceritakan bahwa ia pernah menyuruh pulang pasien yang dianggap belum saatnya melahirkan, hal ini disebabkan terbatasnya jumlah tempat tidur di Polindes yang sudah diisi oleh satu orang pasien yang akan melahirkan. Tidak disangka pasien yang disuruh pulang tersebut, tak lama setiba di rumah melahirkan dan ironisnya bayi meninggal saat keluar dari rahim ibunya. Mendengar kabar tersebut, Bides tersebut berusaha lari ke rumah pasien untuk memberikan pertolongan namun sudah terlambat, karena sang bayi sudah meninggal. Atas peristiwa tersebut Bides disidang di Puskesmas dan di kantor Dinas Kesehatan Kabupaten untuk dimintai pertanggungjawaban dengan alasan karena kelalaian bidan dan menyuruh pasien harus pulang kembali setelah datang ke Polindes.”

Situasi ini dianggap merugikan bagi bidan, karena fasilitas yang ada di Polindes memang belum memadai untuk bisa memberikan pelayanan yang maksimal kepada masyarakat, terutama jika ada beberapa ibu melahirkan yang harus ditangani dalam waktu bersamaan, maka Polindes tidak mungkin bisa menampung semuanya kecuali menganjurkan pasien untuk datang ke Puskesmas perawatan atau bidan praktik yang ada di sekitar daerah mereka.

Selain kelayakan fasilitas, posisi bangunan Polindes pun belum menjadi perhatian yang serius. Hasil pengakuan Bides dalam FGD yang diselenggarakan WRI di Kabupaten Lombok Tengah adalah bahwa beberapa bangunan Polindes dibangun di lahan bekas kuburan atau jauh dari perkampungan penduduk. Penyediaan tanah bangunan Polindes memang disediakan oleh Pemerintah Desa (Pemdes). Karena syarat dibangunnya sebuah Polindes di desa, maka Pemdes harus menyediakan tanahnya, sedangkan bangunannya dari pemerintah daerah, dan seringkali dalam praktiknya tanah yang diberikan adalah tanah yang secara nilai jual rendah dan biasanya terletak di ujung desa atau jauh dari pemukiman penduduk sehingga menyulitkan Bides untuk memberikan pertolongan saat timbul situasi gawat darurat. Bahkan terjadi beberapa peristiwa perampokan terhadap Bides yang tinggal di Polindes. Faktor-faktor ini sering membuat Bides tidak betah tinggal lama di Polindes, sehingga lebih memilih tinggal di kota dan pulang pergi menuju desa penempatan mereka.

Dari hasil temuan WRI di lapangan diketahui bahwa beberapa Polindes belum ditempati oleh Bides dengan alasan yang tidak jelas seperti di Kelurahan Gerunung. Bides lebih memilih tinggal di rumah pribadi sekaligus menjadi tempatnya melayani pasien, sementara bangunan Polindes yang berada di samping kantor kepala desa dibiarkan kosong dan terlantar. Polindes di Desa Ketare bahkan sudah empat tahun tidak dimanfaatkan, saat ini bangunan Polindes telah rusak dan belum pernah diperbaiki. Permintaan masyara-

---

<sup>11</sup> FGD Presentasi Hasil Sementara Penelitian WRI “Akses dan Pemanfaatan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Reproduksi bagi Perempuan Miskin di Lombok Tengah”, 9 Juni 2008

kat kepada Puskesmas untuk menempatkan seorang bidan di Desa Ketare tidak kunjung juga dipenuhi dengan berbagai alasan, dan di awal 2007 Puskesmas Sengkol menempatkan seorang bidan di Desa Ketare. Tetapi penempatan Bides baru sebatas tugas rutin pada saat Posyandu, karena bidan sendiri tidak tinggal di Desa Ketare melainkan tinggal di Desa Sengkol pusat Kecamatan Pujut. Bidan hanya datang saat jadwal Posyandu atau jika ada permintaan dari masyarakat. Menurut pengakuan masyarakat, alasan bidan tidak tinggal di Desa Ketare selain keamanan yang belum terjamin, bangunan Polindes pun tidak layak huni.

Di Polindes, pelayanan kesehatan yang diberikan oleh bidan meliputi pelayanan KIA, KB, dan imunisasi, beberapa Posyandu juga melayani kesehatan umum seperti penyakit ringan pada anak (batuk, flu, dan demam) serta penyakit ringan yang dialami perempuan saat mereka sakit, jadwal Posyandu sekaligus bisa dijadikan sebagai tempat pemeriksaan kesehatan umum. Tetapi biasanya bidan akan menarik bayaran atas pengobatan tersebut, biasanya berkisar antara Rp. 5000,- hingga Rp. 15.000,-, sedangkan untuk biaya pelayanan KIA dan imunisasi diberikan dengan gratis sesuai dengan Surat Keputusan Bupati Lombok Tengah Tahun 2003. Tetapi masih ditemui bahwa pelaksanaan kebijakan belum dilakukan sepenuhnya karena beberapa faktor yang akan dijelaskan berikut ini.

### **Sub Kesehatan Desa (SKD) di Surakarta**

Setara dengan Polindes, di Surakarta terdapat pelayanan kesehatan diberi nama SKD yang merupakan tempat yang menyediakan pelayanan KB, kadang dikenal juga oleh sebagian masyarakat sebagai Pos KB. Di tempat ini tersedia berbagai jenis alat kontrasepsi seperti kondom, suntik, pil, IUD, maupun *implant*. Alat kontrasepsi yang tersedia di sini biasanya didistribusikan kepada kader Posyandu dengan harga yang relatif murah. Sebenarnya, alat kontrasepsi tersebut gratis dari pemerintah namun untuk keberlanjutan dari pelayanan maka petugas memberi harga yang relatif murah, misalnya untuk satu kaplet pil KB yang dapat digunakan selama satu bulan penuh dijual dengan harga Rp. 1.000,-

SKD juga melayani pemasangan dan konsultasi untuk penggunaan alat KB bagi peserta KB yang lama. Namun untuk peserta KB yang baru, pemasangan alat kontrasepsi harus dilakukan di Puskesmas atau klinik disertai pemeriksaan awal kondisi kesehatan peserta sebelum memutuskan alat kontrasepsi yang cocok untuk dipakai. SKD juga merupakan tempat untuk mengadakan pertemuan rutin bagi kader atau PL KB selama sebulan sekali untuk membicarakan perkembangan yang ada dan juga permasalahan yang dihadapi kader/PL KB. Secara periodik, SKD juga menyelenggarakan safari KB berupa pembagian atau pemasangan KB secara gratis kepada masyarakat. Tetapi terkadang safari KB tidak memberikan pelayanan secara gratis melainkan memberikan potongan tarif dari harga normal, misalnya pemasangan spiral yang biasanya mencapai Rp. 200.000,- oleh dokter, maka melalui safari KB dapat diperoleh dengan harga Rp. 25.000,- sedangkan sterilisasi yang biasanya membutuhkan biaya hingga Rp. 300.000,- namun pada saat safari KB dapat dilakukan (dengan merujuk pada RS setempat) dengan tarif Rp. 60.000,- atau bahkan gratis bagi peserta Askeskin.

Fasilitas Polindes di Kabupaten Indramayu jumlahnya 20 unit layanan. Sementara itu, di Kabupaten Lampung Utara, misalnya dari Kecamatan Sungkai Utara yang menjadi wilayah penelitian ini, pada tahun 1996 sebanyak empat unit, sedangkan Polindes yang masih beroperasi di kecamatan tersebut hanya satu unit saja. Menurut pengakuan Bides yang pernah menempati bangunan Polindes yang disediakan oleh pemerintah, kondisi fisik bangunan sangat kurang layak untuk tempat tinggal. Hal itu karena ukuran fisik bangunan yang sangat kecil sekitar 2x3 m, ruang tersebut kosong tidak dilengkapi peralatan penunjang untuk memberikan pelayanan kesehatan, misalnya kasur untuk memeriksa pasien, listrik dan peralatan lainnya, serta tidak tersedia pasokan air bersih untuk kebutuhan hidup sehari-hari. Pemerintah hanya menyediakan obat-obatan dan peralatan dasar untuk pengobatan, sedangkan kebutuhan lainnya diusahakan sendiri oleh Bides yang bertugas menempatinnya. Keterbatasan sarana dan prasarana penunjang Polindes menjadi kendala tersendiri bagi Bides yang bertugas menempatinnya.

Seorang Bides<sup>12</sup> yang bertugas di wilayah Kecamatan Sungkai Utara menuturkan pengalamannya bertugas sejak 10 tahun lalu. Dia merasakan tidak nyamannya saat menempati Polindes yang disediakan bagi Bides terlebih saat Bides masih berstatus belum berkeluarga. Mereka harus mengatasi sendiri berbagai kesulitan dan keterbatasan sarana penunjang seperti tidak adanya air bersih, listrik. Selain itu juga, kaum perempuan pengguna layanan sering merasa cemas dengan faktor ketidakamanan daerah. Sebagaimana diketahui di Kabupaten Lampung Utara terdapat kebiasaan melarikan gadis untuk dinikahi. Kebiasaan ini membuat para gadis termasuk bidan menjadi cemas mengingat keberadaannya di daerah yang terpencil tanpa jaminan keamanan yang memadai. Masih sering dijumpai bila ada bidan baru yang ditugaskan di wilayah tertentu baik sebagai Bides maupun bidan di Puskesmas, maka dia menjadi incaran para pemuda wilayah tersebut yang berniat untuk memperistrinya. Seringkali terjadi bidan dilarikan oleh pemuda desa untuk dijadikan istri, baik dengan persetujuan atau tidak dari si bidan. Fenomena tersebut menjadi kendala tersendiri bagi bidan yang bertugas sebagai Bides. Biasanya mereka berusaha segera menikah agar menjadi lebih tenang saat bertugas dan bebas dari ancaman dilarikan oleh pemuda desa.

Seorang Bides juga mengemban tugas yang cukup berat yakni bertanggungjawab memberikan pelayanan kesehatan bagi seluruh penduduk desa di wilayah Polindes yang ditempatinya. Pelayanan yang diberikan di Polindes hampir menyerupai pelayanan di Puskesmas yakni pelayanan kesehatan ibu dan anak, KB, imunisasi serta menolong persalinan. Bides juga diharuskan menempati Polindes selama 24 jam. Selain itu juga diharuskan hadir ke Puskesmas induk seminggu sekali untuk bertugas piket. Namun dalam kenyataannya banyak Bides yang tidak menempati Polindes selama 24 jam karena lebih memilih pulang untuk membuka praktik pribadi di rumahnya. Hal itu terjadi karena alasan untuk memperoleh penghasilan tambahan selain menjadi Bides yang gajinya tidak terlalu besar. Jaminan kesejahteraan bagi Bides juga dirasakan belum memadai. Saat berstatus sebagai

---

<sup>12</sup> Wawancara dengan Bidan Melita dari Kelurahan Negara Ratu, 18 Desember 2007.

tenaga PTT, seorang bidan memperoleh gaji sebesar Rp. 250.000,- di tahun pertama, setelah setahun gajinya menjadi Rp. 600.000,- per bulan. Setelah diangkat menjadi pegawai negeri sipil (PNS), tahun pertama digaji 80% yakni sebesar Rp. 851.000,- per bulan. Setelah itu, dia menerima gaji penuh sebesar Rp. 900.000,- per bulan.

### Indah

Kelurahan Gerunung, Kecamatan Praya, Kabupaten Lombok Tengah

*“Dukun Dipilih Karena Bidan Tidak di Tempat.”*

Saat ditemui di lingkungan Kesambi Numpuk yang terletak Kelurahan Gerunung, Indah mengaku masih tinggal menumpang di rumah mertuanya, dengan hanya diberi satu kamar tidur yang ditempatinya bersama anak dan suaminya. Indah menuturkan banyak keperluan rumah tangganya yang masih dibantu oleh mertuanya. Suaminya sendiri hanya buruh tani lepasan dengan upah Rp. 7.000,- per hari. Saat musim panen, suaminya biasa dibayar dengan 25 kg padi per harinya. Saat tidak ada pekerjaan, seringkali Indah dan suaminya hanya menanam sekaligus memanen di sawah milik orangtua mereka yang hanya satu petak dengan upah satu karung padi saat panen.

Saat diwawancarai, usia Indah telah 21 tahun dan menurut pengakuannya saat menikah usianya baru 18 tahun. Bagi perempuan di kelurahannya, menikah di usia tersebut sudah biasa dan beberapa kawan perempuannya bahkan menikah di usia yang lebih muda. Sebagian masyarakat Lombok Tengah memandang perempuan seusia Indah sudah selayaknya menikah dan memiliki keluarga, walaupun secara kehidupan mereka belum mendapat pekerjaan yang layak.

Karena tergolong keluarga miskin, mereka mendapatkan kartu Askeskin dari petugas kelurahan yang sering juga dipakainya saat ia maupun keluarganya sakit. Tetapi Indah tetap mengeluh saat harus mengeluarkan biaya ojek, baik menuju Pustu maupun Puskesmas. Karena dari rumahnya menuju Pustu berjarak sekitar 2 km dengan jalan yang menurun dan cukup curam. Seringkali Indah hanya membeli obat di warung yang berharga murah dibandingkan datang ke Pustu terdekat. Mertua Indah adalah seorang dukun beranak yang seringkali membantu persalinan di lingkungan Kesambi Numpuk, sejak ada bidan desa di Kelurahan Gerunung, mertuanya diajak kerjasama oleh bidan untuk membawa setiap pasien yang akan melakukan persalinan ke rumah bidan. Saat Indah hamil, ia hanya memeriksakan kehamilan pada mertuanya dan sangat jarang datang ke bidan. Tetapi saat akan bersalin, mertuanya mengajak Indah untuk mencari pertolongan ke rumah bidan yang berjarak sekitar 2 km dari tempat tinggal mereka. Sayangnya, setiba di sana,



bidan tidak ada di rumahnya dengan alasan pergi ke rumah keluarganya. Akhirnya Indah dan mertuanya kembali pulang dan melahirkan dibantu oleh mertuanya sendiri. Indah sendiri merasa lebih nyaman dibantu oleh mertuanya, walaupun saat melahirkan tergolong cukup susah dan lama, karena perutnya mules berhari-hari, tetapi mertuanya dengan sabar membantu dan memijat perutnya hingga tidak terasa sakit. Dua hari setelah Indah melahirkan, bidan baru datang menjenguknya dan memberikan suntikan, dan setelah itu Indah pun tidak pernah datang ke bidan memeriksakan kondisinya. Karena ia tetap mengandalkan peran mertuanya.

#### 1. 4. Puskesmas Pembantu (Pustu)

Guna memperluas jangkauan pelayanan Puskesmas, maka dibantu dengan unit pelayanan kesehatan yang lebih kecil yaitu Pustu dengan wilayah kerja Pustu meliputi satu atau dua desa dengan jumlah penduduk sasaran antara 2.500 jiwa (di luar Pulau Jawa) hingga 6.000 jiwa (Jawa dan Bali). Keberadaan Puskesmas di tingkat kecamatan tidak selalu mudah diakses oleh masyarakat, terlebih sebuah Puskesmas biasanya diperuntukkan melayani beberapa kelurahan yang ada di sekitarnya sekaligus. Hal itu memunculkan adanya kebutuhan unit pelayanan kesehatan lain yang benar-benar dapat diakses secara mudah oleh masyarakat yang membutuhkannya. Perluasan jangkauan pelayanan kesehatan kepada masyarakat untuk daerah yang sulit transportasi dapat dilakukan dengan pengadaan Pustu dan Pusling. Pustu ini sangat membantu masyarakat dalam akses kepada fasilitas kesehatan, karena seringkali letak Puskesmas yang jauh sehingga transportasinya mahal. Pustu merupakan ujung fasilitas kesehatan yang paling dekat dengan masyarakat.

Di Kabupaten Sumba Barat, jumlah Pustu sebanyak 60 dengan jumlah penduduk sebanyak 400.262 jiwa. Jika menghitung dengan rasio ideal sasaran yang dilayani Pustu, maka masih ada kekurangan sekitar 100 Pustu dengan perhitungan sasaran 2.500 jiwa. Faktanya, satu Pustu di Kabupaten Sumba Barat harus melayani 6.671 jiwa. Dari dua kecamatan yang menjadi obyek penelitian WRI, terlihat adanya pola yang cukup berbeda antara kecamatan kota dan kecamatan termiskin dalam pencarian pengobatan. Pada kecamatan kota, dengan ketersediaan fasilitas kesehatan yang lebih beragam, masyarakat dapat mencari alternatif pilihan pengobatan selain fasilitas kesehatan Puskesmas dan Pustu yang tersedia. Dokter praktik dan bidan praktik dapat menjadi pilihan, karena ketersediaan dokter di wilayah Kecamatan Kota Waikabubak dibandingkan dengan kecamatan lainnya. Selain itu, masyarakat dapat mengakses rumah sakit umum dan rumah sakit swasta yang terletak di Kecamatan Kota Waikabubak.

Sebaliknya, di Kecamatan Lamboya yang merupakan kecamatan miskin dengan jumlah penduduk miskin terbanyak di Kabupaten Sumba Barat, memiliki akses yang sangat rendah terhadap fasilitas kesehatan. Kondisi geografis Kecamatan Lamboya berada



di daerah pegunungan, dengan tingkat penyebaran penduduk yang jarang, seringkali tidak dapat memaksimalkan antara kedekatan fasilitas kesehatan dengan jumlah fasilitas kesehatan yang ada. Banyak fasilitas kesehatan kemudian hanya dibangun di pusat kecamatan atau pusat desa dengan jumlah yang masih terbatas. Tidak ada pilihan lain kecuali masyarakat harus mencapai fasilitas yang ada walaupun letaknya sangat jauh. Di Kecamatan Lamboya sendiri tersedia satu Puskesmas dan empat Pustu. Puskesmas terletak di pusat kecamatan dan empat Pustu tersebar di empat desa. Bagi desa-desa yang tidak memiliki salah satu fasilitas kesehatan tersebut dapat mencapai salah satu yang terdekat.

Secara rata-rata jumlah tenaga kesehatan di Pustu sangat terbatas. Hanya ada satu orang perawat yang merangkap sebagai kepala Pustu, petugas kesehatan sekaligus tenaga administrasi. Semua tugas tersebut harus dibebankan pada satu orang petugas. Hasil wawancara petugas Pustu di Desa Gaura adalah sebagai berikut:

“Beberapa kali sempat mengajukan penambahan petugas di Puskesmas tetapi belum ada tambahan juga. Mau apa lagi? Jadi harus dikerjakan sendiri sampai ada bantuan petugas lain di Pustu.”<sup>13</sup>

Kekurangan tenaga kesehatan tidak hanya terjadi di Pustu, hampir di semua Pustu dan Puskesmas pun mengalami kekurangan tenaga kesehatan. Dinas Kesehatan pun mengakui bahwa tenaga medis masih sangat kurang danantisipasi yang dapat mereka lakukan adalah sebagaimana penuturan berikut ini:

“Kami lebih mengharapkan pusat, berapa yang diberikan oleh pusat itu yang kami terima. Kalau kami yang minta itu jadi konsekuensi daerah, kadang kami minta di provinsi berapa kebutuhannya, mereka akan penuhi dan sangat tergantung pada petugas PTT yang ada di wilayah NTT. Tidak langsung ke sini tetapi ke NTT dulu. Mekanismenya seperti itu. Ada juga yang memang berasal dari daerah Sumba, kalau sudah ada ikatan dinas dengan pemerintah, mereka akan datang sendiri. Dan yang banyak di sini adalah dari Sumatera.”<sup>14</sup>

Kondisi ini sebenarnya tidak jauh berbeda, kurangnya petugas kesehatan tidak hanya terjadi di Pustu tetapi di Puskesmas pun terjadi kondisi yang sama. Hanya saja jumlah tenaga kesehatan di Pustu hanya satu orang. Jika petugas Pustu tidak berada di tempat dengan alasan pergi ke kecamatan atau ke Puskesmas, secara otomatis Pustu akan tutup dan masyarakat yang datang untuk berobat akan kembali pulang hingga petugas kembali ke Pustu. Bagi masyarakat yang tempat tinggalnya cukup jauh dari Pustu, sering mengeluhkan kondisi tersebut, jika ingin mengakses ke Puskesmas, mereka harus menempuh dua jam perjalanan pulang pergi dengan kondisi jalan yang buruk. Kondisi ini telah mem-

---

<sup>13</sup> Wawancara Petugas Pustu Desa Gaura, 20 Desember 2000

<sup>14</sup> Wawancara Sudin Pelayanan Kesehatan, Barnabas Bernabu, 11 Desember 2007

buat warga miskin menaruh harapan pada Pustu sebagai fasilitas untuk pemeriksaan kesehatan yang bersifat umum.

Sementara itu, di Kabupaten Lombok Tengah telah tersedia 70 Pustu yang tersebar di berbagai desa. Jika idealnya satu Pustu melayani 6.000 jiwa, maka kebutuhan Pustu di Lombok Tengah sebanyak 148, sehingga masih dibutuhkan sekitar 68 Pustu lagi. Tetapi kehadiran Pustu bukan hanya sekadar bangunan fisik, tetapi yang lebih penting adalah ketersediaan tenaga kesehatan dalam komposisi yang ideal. Tenaga kesehatan yang seharusnya ada (ideal) seperti bidan, perawat kesehatan, dan dibantu oleh dua tenaga tata usaha. Biasanya Pustu juga didukung oleh satu dokter umum atau dokter gigi. Faktanya, banyak Pustu di Lombok Tengah belum memiliki tenaga medis yang memadai. Dalam penelitian WRI terungkap bahwa beberapa Pustu malah hanya memiliki satu perawat tanpa tambahan tenaga medis lainnya. Sebagai gambaran Pustu di Kelurahan Gerunung yang hanya memiliki satu perawat merangkap tugas sebagai kepala Pustu sekaligus tenaga administrasi. Berdasarkan hasil wawancara dengan Kepala Pustu Gerunung berikut ini<sup>15</sup>:

“Kami telah melakukan pengajuan permintaan tenaga tambahan ke Puskesmas, ya.... sampai sekarang permintaan itu belum bisa dipenuhi.”

Hingga penelitian WRI<sup>16</sup> dilakukan, permohonan tersebut belum ada perkembangannya. Pelayanan yang diberikan Pustu tersebut pun masih sederhana, karena belum lengkapnya peralatan yang ada. Peralatan yang tersedia hanya bisa dipakai untuk menangani sejumlah penyakit ringan atau maksimal operasi kecil pada kasus kecelakaan ringan. Pelayanan KIA tidak ada, karena telah dicakup oleh Polindes dan Puskesmas. Selebihnya, Pustu akan merujuk pasien ke Puskesmas jika petugas Pustu tidak mampu menangani kasusnya. Waktu pelayanan yang diberikan Pustu adalah pukul 08.00-12.00 WITA dan jika ada jadwal Posyandu di masing-masing dusun, biasanya petugas Pustu ikut memberikan pelayanan bersama bidan di Posyandu tersebut, dan tentu saja Pustu akan tutup hingga petugas Pustu selesai memberikan pelayanan di Posyandu. Tetapi fleksibilitas yang diberikan oleh kepala Pustu, jika di luar jam tersebut masyarakat masih membutuhkan pelayanannya, maka masyarakat bisa mengaksesnya di rumah dinas yang berada di belakang bangunan Pustu.

Pelayanan kesehatan yang dapat ditangani di Pustu meliputi beberapa penyakit, yaitu kesehatan ibu, kesehatan anak dan balita, penyakit ringan, dan gigi. Pelayanan kesehatan ibu di Pustu adalah kehamilan, menstruasi, nifas, KB, dan masalah kesehatan reproduksi yang terkait dengan kesehatan ISR atau PMS. Pelayanan kehamilan meliputi pemeriksaan kehamilan. Pemeriksaan kehamilan yang dapat ditangani di sini adalah pemeriksaan kesehatan ibu dan kondisi kehamilan. Pemeriksaan didasarkan pada buku KIA yang sudah diberikan kepada masing-masing ibu hamil. Pemeriksaan juga dilakukan untuk mengecek

<sup>15</sup> Wawancara dengan kepala Pustu Gerunung, 14 Agustus 2007.

<sup>16</sup> Penelitian kuantitatif *Akses dan Pemanfaatan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Reproduksi bagi Perempuan Miskin*, WRI, 2007-2008.

posisi bayi dan gizi ibu. Untuk beberapa masalah kesehatan ibu hamil yang masuk kategori parah akan dirujuk ke Puskesmas atau rumah sakit.

Mengenai masalah-masalah menstruasi atau masalah alat kelamin, Pustu juga mempunyai pelayanan. Namun penanganan terhadap masalah ini jarang. Pelayanan yang paling banyak diakses oleh masyarakat adalah pelayanan kehamilan. Masalah yang terkait dengan kehamilan adalah risiko tinggi berupa kehamilan usia muda. Kondisi ini disebabkan oleh masih banyaknya perempuan yang menikah pada usia muda. Pustu juga memberikan pelayanan terkait dengan nifas. Namun dalam praktiknya, masyarakat juga jarang mengakses pelayanan ini karena Pustu tidak memberikan pelayanan persalinan.

Pelayanan KB yang tersedia di Pustu meliputi pil, suntik, *implant*, dan IUD. Alat kontrasepsi yang paling jarang diakses oleh masyarakat adalah IUD. Hal ini disebabkan kondisi penduduk di wilayah Pustu beragama Islam.<sup>17</sup> Selain itu, masyarakat juga jarang mengakses alat kontrasepsi *implant*. Pelayanan KB yang paling banyak diakses oleh kaum perempuan di wilayah kerja Pustu adalah suntik dan pil. Hal ini disebabkan pelayanan ini diberikan dengan gratis. Pelayanan KB yang diakses oleh masyarakat di wilayah kerja Pustu juga memberikan efek samping. Efek samping yang paling banyak dirasakan oleh masyarakat adalah berupa kenaikan berat badan. Efek samping berupa pendarahan juga dirasakan oleh masyarakat. Namun masalah pendarahan ini jarang dirasakan oleh masyarakat. Pelayanan untuk kesehatan anak atau balita yang diberikan di Pustu tidak banyak. Pelayanan kesehatan untuk anak dan balita yang dapat diberikan di Pustu meliputi penimbangan bayi dan penyakit-penyakit ringan yang dialami bayi. Pustu tidak menyediakan imunisasi karena pelayanan ini sudah diberikan di Posyandu. Selain pelayanan tersebut, Pustu juga memberikan pelayanan terkait dengan masalah penyakit ringan. Penyakit ringan yang dapat ditangani di Pustu meliputi beberapa hal seperti demam, batuk, flu, perut, dan lain sebagainya.

Seluruh tenaga kesehatan yang ada di Pustu adalah petugas *in door*. Pustu tidak mempunyai petugas *out door*. Kondisi ini selanjutnya berpengaruh pada program Pustu terutama yang terkait dengan penyuluhan. Penyuluhan oleh tenaga kesehatan di Pustu hanya diberikan kepada orang yang datang untuk berobat. Penyuluhan diberikan hanya untuk informasi yang terkait dengan penyakit yang diderita pasien. Berkaitan dengan hal ini, maka Pustu tidak memberikan penyuluhan terkait dengan Gerakan Sayang Ibu (GSI), suami siaga, desa siaga, dan lain sebagainya. Peran dan fungsi Puskesmas adalah memberikan pelayanan kepada orang-orang yang datang untuk berobat. Sejak kebijakan Posyandu diterapkan, Pustu berfungsi dan berperan sebagaimana klinik. Pustu tidak lagi mempunyai peran dan fungsi melakukan pelayanan yang bersifat promotif dan preventif di luar.

Di Kabupaten Lampung Utara pada tahun 2006 terdapat Pustu sebanyak 75 unit. Pustu ini terletak di tempat-tempat yang tidak terjangkau oleh pelayanan Puskesmas, tidak banyak dilewati oleh transportasi umum. Seperti di wilayah penelitian di Kotabumi

---

<sup>17</sup> Berdasarkan hasil wawancara dengan kepala Puskesmas Pembantu Pembina Pengembangan yang berada di bawah Puskesmas Kaliakah, Kecamatan Negara, Kabupaten Jembrana.

Iilir, daerah Tulungmili, Hanakau Jaya. Di daerah ini masyarakat rata-rata lebih banyak melakukan pengobatan sendiri (membeli obat di warung untuk mengatasi keluhan sakit) karena merasa tidak mudah mengakses ke fasilitas kesehatan yang ada.

Adapun Pusling yang ada di Lampung Utara sampai dengan tahun 2006 sebanyak 24 unit, terdiri atas satu unit ambulans (Puskesmas Bukit Kemuning), dua unit Pusling lengkap (Puskesmas Kotabumi I dan Puskesmas Ogan Lima) dan 21 unit Pusling (tersebar di 16 kecamatan). Tenaga kesehatan yang ada dalam Pusling adalah satu bidan, satu perawat, administrasi, bagian obat.

Dari sisi jumlah ketersediaan Pustu di Kabupaten Lampung Utara, rasio Pustu dengan penduduk yaitu 1:7.765 penduduk. Jumlah ini masih tergolong rendah bila dihitung dari jumlah penduduk yang menjadi wilayah binaan Pustu. Dari sisi kualitas pelayanan dan kelengkapan tenaga medis serta peralatan dan obat, Pustu juga tergolong masih belum lengkap.

Sebagai gambaran dapat dilihat pada Pustu yang ada di Desa Hanakau Jaya, Kecamatan Sungkai Utara. Pustu Hanakau Jaya telah berdiri sejak tahun 2005 (sekitar dua tahun), terletak 20 meter dari jalan raya utama yang menghubungkan antara Kabupaten Way Kanan, Desa Hanakau Jaya, dan daerah Kecamatan Negara Ratu. Kondisi bangunannya sangat sederhana berukuran sekitar 6x5 m. Bangunan Pustu ini terbagi menjadi dua bangunan yang letaknya bersebelahan, bangunan pertama berfungsi sebagai ruang pemeriksaan dan pengobatan pasien dan bangunan yang kedua berfungsi sebagai tempat tinggal bidan yang bertugas dilengkapi dengan ruang kamar dan kamar mandi, namun tidak tersedia air yang siap pakai melainkan harus mengambil air secara manual (dengan timba, bukan sumur pompa) dari sumur yang terletak di belakang bangunan Pustu. Untuk menjangkau pelayanan di Pustu ini masyarakat, khususnya kaum perempuan, biasa berjalan kaki menempuh jarak yang relatif jauh, berkisar antara 100 meter hingga 2 km. Adapun angkutan umum yang tersedia hanya bisa dinikmati oleh warga yang tinggal di pinggir jalan raya utama, sedangkan mereka yang tinggal di antara areal ladang atau kebun warga harus berjalan kaki atau menggunakan sepeda motor bagi yang memilikinya.

### 1.5. Puskesmas

Secara nasional, standar wilayah kerja Puskesmas adalah kecamatan. Seharusnya setiap kecamatan memiliki satu Puskesmas. Namun demikian, dalam wilayah yang berpenduduk padat (biasanya perkotaan), wilayah kerjanya menjadi lebih kecil, misalnya menjadi kelurahan, sehingga satu kecamatan dapat memiliki lebih dari satu Puskesmas. Selain itu, Puskesmas<sup>18</sup> adalah unit pelaksana pelayanan kesehatan tingkat pertama serta ujung tombak pembangunan kesehatan dengan tiga fungsi utama yaitu: (1) sebagai pusat pengembangan kesehatan masyarakat; (2) sebagai pusat pembinaan peran serta masyarakat dalam rangka meningkatkan kemampuannya untuk hidup sehat; dan (3) sebagai pusat pemberian

---

<sup>18</sup> Rencana Strategis Pembangunan Kesehatan, 2001-2004, Departemen Kesehatan RI, 2001.

pelayanan kesehatan secara menyeluruh, terpadu, dan bermutu kepada masyarakat. Promosi Kesehatan (Promkes) yang meliputi: a) Kesehatan Lingkungan (Kesling); b) Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) termasuk KB; c) Perbaikan Gizi; d) Pemberantasan Penyakit Menular; e) Pengobatan. Secara nasional, rasio ketersediaan dan pelayanan Puskesmas terhadap masyarakat adalah 1:30.000. Puskesmas pula yang melayani kelompok masyarakat miskin yang memperoleh Asuransi Kesehatan Keluarga Miskin (Askeskin) atau sekarang disebut Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas).

Kedudukan Puskesmas dalam Sistem Kesehatan Kota (SKK) adalah sebagai unit pelaksana pelayanan kesehatan masyarakat tingkat pertama yang dibina oleh Dinas Kesehatan Kota Surakarta, sedangkan dalam bidang pelayanan medis, Puskesmas merupakan unit pelaksana pelayanan medis dasar tingkat pertama yang secara teknis dapat berkoordinasi dan bekerjasama dengan RSUD Kota Surakarta. Dalam Sistem Kesehatan Nasional (SKN), Puskesmas berkedudukan sebagai fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yang merupakan ujung tombak sistem pelayanan kesehatan di Indonesia.

Kabupaten Sumba Barat memiliki fasilitas kesehatan telah memiliki 17 Puskesmas pada tahun 2006 yang juga tersebar di 17 kecamatan, seperti terlihat dalam Tabel 3.6.

Dari sisi jumlah, Puskesmas di Kabupaten Sumba Barat telah memenuhi standar kerja untuk setiap wilayah kecamatan minimal satu buah. Tetapi dapat saja untuk wilayah-wilayah yang berpenduduk padat atau memiliki luas wilayah yang sangat luas, masyarakat

**Tabel 3.6.**  
**Penyebaran Puskesmas di Kecamatan-Kecamatan dan**  
**Jenis Fasilitas Kesehatan Lainnya yang Tersedia**

No.	Kecamatan	Puskesmas	Puskesmas Pembantu	Balai Pengobatan	Puskesmas Keliling	BKIA	Posyandu
1.	Kodi	1	2	-	1	-	37
2.	Kodi Utara	1	3	1	1	-	38
3.	Kodi Bangendo	1	5	1	1	-	40
4.	Lamboya	1	4	-	1	-	36
5.	Wanokaka	1	2	-	1	-	31
6.	Wewewa Barat	1	3	1	1	-	38
7.	Wewewa Selatan	1	5	-	1	-	27
8.	Wewewa Timur	1	5	1	1	-	38
9.	Wewewa Utara	1	3	-	1	-	28
10.	Loli	1	1	-	-	-	-
11.	Kota Waikabubak	1	1	-	-	1	-
12.	Loura	1	4	-	1	-	45
13.	Tana Righu	1	4	-	1	-	33
14.	Mamboro	1	6	-	1	-	39
15.	Katikutana	-	6	1	1	-	56
16.	U R Nggay Barat	1	3	-	1	-	19
17.	Umbu Ratu Nggay	2	3	-	1	-	18
<b>Jumlah</b>		<b>17</b>	<b>60</b>	<b>5</b>	<b>16</b>	<b>1</b>	<b>576</b>

Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Sumba Barat.

dapat mengakses Puskesmas terdekat dengan desa mereka, walaupun berbeda kecamatan. Berdasarkan penuturan Dinas Kesehatan Sumba Barat berikut ini:

“Kita tidak mengikuti sistem wilayah pemerintahan, sangat tergantung, misalkan Desa A berada dekat dengan Desa B, Puskesmas ada di Kecamatan A, maka Desa B akan mendapatkan pelayanan ke Puskesmas A. Berikut kami juga punya persoalan tanah yang ada risiko bagi kami, misalkan saja, kami sudah berencana dengan masyarakat butuh untuk membangun dan sudah disetujui, ketika kami akan membangun ternyata kesulitan tanah, awalnya mereka katakan dekat dengan penduduk, ketika saatnya mereka beralih lain, tidak ada, dan lain-lain.... ya akhirnya kami koordinasi dengan kecamatan supaya fasilitas kesehatan dekat dengan pemukiman masyarakat, tetapi seringkali menjadi gampang-gampang sulit tergantung pada kultur masyarakat.”<sup>19</sup>

Lebih lanjut Kasubdin Yankes Dinas Kesehatan Sumba Barat mengakui jumlah Puskesmas untuk saat ini jauh lebih baik dibandingkan tahun-tahun sebelumnya.

“Sekarang Puskesmas sudah lumayan. Setiap kecamatan ada satu Puskesmas, dibandingkan dahulu satu Puskesmas untuk 2-3 kecamatan dan kalau sekarang sudah lumayan, bahkan untuk wilayah yang sangat luas sudah ada dua Puskesmas.”<sup>20</sup>

Dilihat dari beban pelayanan, Puskesmas di Sumba Barat pada tahun 2006 memiliki beban yang mempunyai rasio pelayanan Puskesmas dengan jumlah penduduk sesuai dengan standar nasional adalah 1:30.000 jiwa. Di Lombok Tengah Sebagian besar Puskesmas telah mencakup semua kegiatan pokok tersebut bahkan ada yang menambah jenis kegiatan seperti pelayanan HIV/AIDS dan kesehatan reproduksi perempuan. Sementara itu kapasitas pelayanan yang diberikan oleh satu Puskesmas berbanding jumlah penduduk di Kabupaten Lombok Tengah rata-rata adalah 1:37.012 jiwa, yang artinya Puskesmas yang ada belum memenuhi standar nasional. Dengan demikian penambahan jumlah fasilitas Puskesmas untuk bisa memberikan pelayanan yang maksimal bagi masyarakat merupakan suatu kebutuhan.

Di Kabupaten Lombok Tengah, ada empat kategori pasien yang dilayani Puskesmas yaitu: pasien umum, pasien Asuransi Kesehatan (Askes) pegawai negeri, pasien Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin (Askeskin), dan pasien yang menggunakan Surat Keterangan Miskin (SKTM) yang berasal dari desa. Rata-rata biaya rawat jalan di Puskesmas berkisar antara Rp. 5.000,- hingga Rp. 15.000,- (sudah termasuk biaya pemeriksaan dan obat). Sementara itu untuk rawat inap, biayanya disesuaikan dengan Perda Kesehatan Kabupaten Lombok Tengah Tahun 2002. Jika di lihat dari jumlah Puskesmas yang ada, tingkat kunjungannya belum mencapai tingkat kunjungan rata-rata kabupaten, yakni 66%.<sup>21</sup>

---

<sup>19</sup> Wawancara Kasudin Yankes, Barnabas Bernabu, 11 Desember 2007

<sup>20</sup> *Ibid*

<sup>21</sup> Perencanaan komprehensif SKPD Bidang Kesehatan di Lombok Tengah.



Lebih lanjut, di Kabupaten Jembrana terdapat lima Puskesmas. Masing-masing Puskesmas membawahi satu Pustu Pembina dan beberapa Pustu. Jumlah Pustu yang berada di bawah tanggungjawab Puskesmas di Kabupaten Jembrana berbeda satu sama lainnya. Jumlah Pustu untuk masing-masing Puskesmas berkisar antara 8-9 buah. Namun sejak tahun 2007, Pustu dihapuskan. Mulai tahun tersebut, Puskesmas hanya membawahi satu Pustu Pembina. Masing-masing Puskesmas di Kabupaten Jembrana membawahi beberapa desa dengan jumlah yang berbeda. Jumlah desa yang berada dalam pengawasan Puskesmas adalah berkisar antara 10-12 desa. Sementara itu, jumlah dusun yang berada dalam wilayah kerja Puskesmas berkisar antara 47-61 dusun.<sup>22</sup> Puskesmas juga membawahi beberapa sarana kesehatan yang ada di wilayah kerjanya. Sarana kesehatan yang dimaksud adalah Pustu Pembina, dokter praktik, bidan praktik, Posyandu, apotik, dan klinik.<sup>23</sup>

Sejak diberlakukan adanya organisasi baru mengenai struktur kesehatan dan pemerintahan di Kabupaten Jembrana, Puskesmas mempunyai waktu pelayanan sebanyak 6 hari. Dalam setiap harinya Puskesmas memberikan pelayanan kesehatan mulai dari pukul 07.30-14.00 WITA untuk setiap hari Senin-Kamis dan Sabtu. Untuk hari Jumat, Puskesmas memberikan pelayanan kesehatan mulai dari pukul 07.30-12.30 WITA. Selain perubahan waktu pelayanan, komposisi tenaga kesehatan di Puskesmas juga mengalami perubahan. Sejak diberlakukannya kebijakan Posyandu, Puskesmas hanya terdiri atas tenaga kesehatan *in door*. Puskesmas tidak lagi mempunyai tenaga kesehatan *out door*. Perubahan ini selanjutnya berpengaruh pada pelayanan dan aktivitas Puskesmas. Perubahan tersebut selanjutnya menjadikan Puskesmas berfungsi dan berperan sebagaimana klinik.

Puskesmas mempunyai beberapa fasilitas kesehatan. Fasilitas yang disediakan di Puskesmas yang ada di Kabupaten Jembrana adalah sebuah kamar pemeriksaan, sebuah kamar pemeriksaan gigi, sebuah kamar pemeriksaan KIA, sebuah laboratorium dan ruang tunggu. Laboratorium yang dimiliki Puskesmas merupakan laboratorium sederhana, hanya dapat digunakan untuk pemeriksaan yang bersifat ringan. Pemeriksaan yang dimaksud meliputi pemeriksaan darah, *sputum* atau dahak, HB, malaria dan kusta. Fasilitas lain yang dimiliki oleh Puskesmas adalah ambulan gratis sebanyak satu buah. Ambulan Puskesmas beroperasi selama 24 jam. Ambulan ini digunakan untuk mengangkut orang sakit dalam kondisi tertentu (dalam kondisi yang memerlukan pengangkutan) yang ada di wilayah kerja Puskesmas.

Selain itu, di Puskesmas ini terdapat sebuah kamar mandi. Kondisi kamar mandi yang ada di Puskesmas kurang terawat. Kamar mandi yang ada kotor dan terdapat banyak kerak yang berwarna kehitam-hitaman. Dalam menjalankan aktivitasnya, Puskesmas mendapat bantuan anggaran dari Dinas Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial. Anggaran dari Dinas Kesehatan tersebut untuk Puskesmas adalah sebesar 60% untuk operasional dan 40% untuk jasa pelayanan. Untuk mendapatkan anggaran tersebut, Puskesmas terlebih

---

<sup>22</sup> Berdasarkan data dalam “Perencanaan Tingkat Puskesmas (PTP) Puskesmas Kaliakab Tahun 2007” dan “Laporan Kinerja Puskesmas Melaya Tahun 2006”.

<sup>23</sup> Berdasarkan data dalam “Perencanaan Tingkat Puskesmas (PTP) Puskesmas Kaliakab Tahun 2007”.



dahulu harus menyerahkan laporan pertanggungjawaban atas penggunaan dana yang telah lalu. Sementara itu, pendapatan yang didapat dari pemberian pelayanan di Puskesmas disetor ke kas daerah melalui bendahara pemungut dan penyetor Dinas Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial. Termasuk dalam anggaran tersebut adalah pendapatan dari pemberian pelayanan yang diperoleh Puskesmas pembantu yang dibawahinya. Kegiatan tersebut dilakukan sebanyak dua kali dalam sebulan. Untuk pendapatan yang berasal dari *klaim* Askes dan Jaminan Kesehatan Jembrana (JKJ) diajukan oleh Puskesmas setiap awal bulan di bulan berikutnya. Namun dana *klaim* tersebut baru didapat oleh Puskesmas setiap tiga bulan.

Puskesmas merupakan fasilitas pelayanan kesehatan yang menjadi rujukan pertama oleh masyarakat karena keberadaannya di tingkat kecamatan. Selama tahun 2006, diperoleh data angka kunjungan ke Puskesmas sebanyak 758.000 dengan rincian kunjungan baru sebanyak 68.456 (9,03%) serta kunjungan rata-rata sebanyak 142 pasien tiap hari. Dengan membandingkan jumlah penduduk Surakarta sebesar 512.898, maka angka pemanfaatan Puskesmas oleh penduduk Surakarta adalah sebesar 13,35%. Angka capaian ini masih di bawah target Standar Pelayanan Minimal (SPM) yang sebesar 35% penduduk, sedangkan target capaian indikator Indonesia Sehat 2010 adalah sebesar 15%. Dibandingkan dengan angka capaian di tingkat provinsi Jawa Tengah yang sebesar 60,74%, maka angka capaian Surakarta tergolong lebih rendah.

Dinas Kesehatan Kota Surakarta mencatat dalam satu tahun rata-rata satu orang berkunjung ke Puskesmas sebanyak 11 kali. Atau, bisa diartikan bahwa penduduk pengguna Puskesmas umumnya berasal dari kalangan kelas ekonomi menengah ke bawah, hampir tiap bulan berkunjung ke Puskesmas. Hal ini tentunya menjadi catatan tersendiri yang perlu mendapat perhatian karena ternyata penduduk kalangan ini cukup rentan terhadap penyakit. Ketersediaan Puskesmas di Kabupaten Indramayu sebanyak 49 unit, tiga di antaranya merupakan Puskesmas Dengan Tempat Perawatan (DTP), ditambah lima Puskesmas PONED. Selain itu, 28 Puskesmas di Indramayu dilengkapi dengan laboratorium sederhana. Secara kuantitas pelayanan Puskesmas, jumlah tersebut masih melebihi kapasitas ideal yang seharusnya dilayani oleh setiap Puskesmas. Dari perhitungan rasio optimal, jumlah penduduk yang seharusnya dilayani oleh Puskesmas sebesar 1:30.000. Berarti kebutuhan Puskesmas di Indramayu seharusnya 57 unit, masih ada kekurangan delapan unit.

Dilihat dari jumlah penduduk sebesar 1.697.986 jiwa, hingga tahun 2005 rasio Puskesmas dan penduduk di Kabupaten Indramayu sebesar 1:34.635 jiwa. Dengan demikian setiap satu Puskesmas rata-rata melayani 34.635 penduduk. Tetapi beberapa Puskesmas lainnya harus melayani penduduk dengan jumlah yang jauh lebih tinggi. Kondisi ini terjadi di daerah perkotaan yang jumlah penduduknya juga padat dan secara tidak langsung membuat pembengkakan terhadap jumlah penduduk yang seharusnya dilayani oleh Puskesmas. Ketersediaan sarana Puskesmas kemudian dibandingkan dengan jumlah penduduk yang memanfaatkan pelayanan kesehatan di Puskesmas di Indramayu. Pada tahun 2005 jumlah kunjungan Puskesmas sebanyak 693.795 terdiri atas rawat jalan 695.323

dan rawat inap sebanyak 1.528 kunjungan. Dengan demikian total keseluruhan kunjungan pemanfaatan pelayanan kesehatan sebesar 45,9% dari kunjungan yang dilakukan penduduk Indramayu.

Pelayanan kesehatan dasar setelah Puskesmas adalah Pustu yang menjadi unit pembantu Puskesmas sekaligus di bawah koordinasi Puskesmas, baik tenaga kesehatan maupun peralatan dan obat-obatan yang tersedia di Pustu. Kabupaten Indramayu sendiri memiliki 67 unit Pustu yang menyebar di seluruh kecamatan. Jumlah ini memang jauh lebih rendah dari rasio ideal pelayanan Pustu terhadap masyarakat, dengan perbandingan 1:6.000 jiwa. Dengan perhitungan rasio tersebut, Indramayu seharusnya memiliki 277 Pustu, sehingga secara ideal bisa melayani masyarakat. Dengan jumlah Pustu yang ada, Kabupaten Indramayu masih kekurangan 75,8%, jumlah kekurangan ini masih sangat tinggi, sehingga bisa dipastikan akses masyarakat ke Pustu masih rendah dengan melihat rendahnya ketersediaan Pustu di Indramayu.

Posyandu di Kabupaten Lebak memberikan beberapa pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan yang diberikan di fasilitas kesehatan ini adalah terkait dengan kesehatan ibu dan anak. Pelayanan kesehatan ibu yang diberikan di Posyandu meliputi pemeriksaan kehamilan, gizi, pelayanan KB, pelayanan imunisasi TT, dan pemeriksaan setelah melahirkan (masa nifas). Pelayanan gizi yang diberikan adalah berupa menimbang berat badan ibu dan pengukuran lingkaran lengan atas. Pelayanan gizi lainnya yang juga diberikan kepada ibu hamil adalah berupa pemberian makanan tambahan untuk ibu hamil yang menderita kekurangan gizi. Pelayanan gizi di Posyandu juga diberikan dalam bentuk pemberian tablet Fe atau tambah darah untuk satu bulan. Pelayanan KB yang diberikan dalam pelayanan Posyandu hanya berupa konseling, suntik, dan pil. Pelayanan konseling yang diberikan lebih bersifat penyuluhan saja. Pelayanan imunisasi TT diberikan dalam dua jenis, yaitu untuk calon pengantin dan untuk ibu hamil.

Pelayanan kesehatan anak yang dapat diakses di Posyandu adalah pemantauan gizi balita, pemantauan perkembangan balita, dan imunisasi. Pelayanan pemantauan gizi balita dilaksanakan dalam bentuk pemberian vitamin A dan imunisasi. Pemantauan gizi balita dilakukan dalam beberapa bentuk pelayanan, yaitu berupa pemberian makanan tambahan untuk bayi, terutama bayi yang mengalami kekurangan gizi. Makanan tambahan yang diberikan kepada bayi meliputi biskuit, susu, bubur atau kacang hijau. Makanan tambahan tersebut diberikan secara berganti-ganti. Bagi bayi yang mengalami gizi buruk, maka ia akan diberikan makanan tambahan berupa susu dan biskuit sebanyak lima buah. Namun, jika berat badannya tidak masuk dalam kategori gizi buruk, maka bayi tersebut akan diberi makanan tambahan berupa biskuit sebanyak satu buah.<sup>24</sup>

Untuk kegiatan imunisasi bayi, di Posyandu juga terdapat beberapa pelayanan imunisasi bayi. Imunisasi yang dimaksud adalah berupa lima jenis imunisasi balita dan imunisasi TT sebanyak dua kali. Kegiatan lainnya untuk kesehatan bayi adalah berupa pemberian vitamin A pada setiap bulan Februari dan Agustus. Selain itu, dalam Posyandu juga terda-

---

<sup>24</sup> Berdasarkan wawancara dengan salah seorang kader Posyandu di Kabupaten Lebak.

pat pelayanan berupa penyuluhan tentang kesehatan. Penyuluhan kesehatan meliputi penyuluhan tentang gizi, KB, imunisasi, penanggulangan diare, dan kesehatan lingkungan. Pelayanan lainnya yang juga diberikan di Posyandu adalah berupa pemberian oralit.

Pelayanan pengobatan kesehatan umum juga dapat ditangani di Posyandu. Pelayanan pengobatan dilakukan oleh Manling. Selain pelayanan pengobatan kesehatan umum, Manling juga memberikan penyuluhan untuk kesehatan lingkungan. Selain pelayanan tersebut, Posyandu juga melakukan program Bina Keluarga Lansia (BKL) dan Bina Keluarga Balita (BKB) melalui pemberian penyuluhan. Dalam pemberian pelayanan kesehatan, masyarakat biasanya dikenai biaya pelayanan. Biaya yang dikenakan dalam pelayanan di Posyandu adalah sebesar Rp. 2.000,- untuk pelayanan berupa pemeriksaan ibu hamil. Biaya lainnya juga dikenakan untuk pemberian pelayanan KB. Besaran biaya yang dikenakan untuk pelayanan KB tergantung pada jenis pelayanan KB yang diberikan. Untuk pelayanan KB berupa suntik, masyarakat dikenakan biaya sebesar Rp. 2.000,- hingga Rp. 15.000,-. Untuk pelayanan KB berupa pil, masyarakat akan dikenai biaya sebesar Rp. 5.000,-. Biaya tersebut merupakan biaya untuk keperluan logistik Posyandu, yaitu berupa suntik, alkohol, dan kapas. Selain biaya tersebut, masyarakat juga dikenai iuran sukarela yang biasa disebut dengan istilah *kencleng* yang besarnya bervariasi antara Rp. 500,- hingga Rp. 1.000,-. Iuran tersebut dipergunakan untuk pemberian makanan tambahan. Uang yang diperoleh melalui tarif pemeriksaan ibu hamil dan imunisasi digunakan untuk biaya transport kader keliling, pembelian jarum suntik, kapas, dan alkohol. Penarikan biaya pelayanan tersebut diberlakukan untuk semua pengunjung Posyandu tidak terkecuali para pemegang kartu Gakin atau Askeskin.<sup>25</sup>

Pada tahun 2006 Kabupaten Lampung Utara memiliki sarana kesehatan Puskesmas sebanyak 21 unit yang terdiri atas tiga unit Puskesmas perawatan dan 18 unit Puskesmas nonperawatan yang tersebar di 16 kecamatan. Tiap Puskesmas rata-rata menyediakan pelayanan bagi 5-13 desa/kelurahan. Rasio Puskesmas dengan jumlah penduduk pada tahun 2006 yaitu 1:27.731 penduduk. Berdasarkan sumber dana pengelolaannya, Puskesmas di Kabupaten Lampung Utara dapat dibedakan menjadi dua macam yakni bersifat swadana dan nonswadana. Puskesmas Unit Swadana didirikan berdasarkan Keputusan Bupati Lampung Utara Nomor 11/1999. Puskesmas Swadana adalah Puskesmas yang dibangun dengan dana swadaya dari pemerintah setempat dan juga masyarakat. Pemerintah berperan menyediakan tenaga medis, peralatan kesehatan, dan obat-obatan penunjang Puskesmas. Kabupaten Lampung Utara adalah satu-satunya kabupaten di Provinsi Lampung yang pelaksanaan program Puskesmas Unit Swadana berdasarkan Perda. Pada tahun 2002 pelaksanaan Puskesmas unit Swadana mengacu kepada Perda Nomor 5, tahun 2002, 26 September 2002 tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Unit Swadana. Tarif yang dikenakan kepada pasien di Puskesmas Swadana adalah sebesar Rp. 4.000,- untuk layanan pemeriksaan beserta obat.

---

<sup>25</sup> Berdasarkan wawancara dengan kader Posyandu di Kelurahan Muara Cijung Timur, Kecamatan Rangkasbitung, Kabupaten Lebak.

Puskesmas kedua adalah yang disebut Puskesmas non-Swadana. Sebenarnya ini adalah jenis yang biasa ditemui di daerah lainnya. Puskesmas non-Swadana didirikan dan dibiayai sepenuhnya oleh pemerintah daerah. Pemerintah lah yang menyediakan bangunan fisik Puskesmas beserta tenaga medis serta peralatan dan obat penunjangnya. Pelayanan kesehatan di Puskesmas non-Swadana juga diatur oleh Perda baru yaitu Perda Nomor 8, tahun 2002, 14 Oktober 2002 tentang Retribusi Pelayanan Puskesmas. Tarif layanan

**Tabel 3.7.**  
**Jumlah Puskesmas menurut Jenisnya per Kecamatan**  
**di Kabupaten Lampung Utara, Januari 2004-2005**

No.	Kecamatan	Jenis Puskesmas				Jumlah Total
		Perawatan	Induk	Pembantu Sub HC.	BP/RB Orkes	
1.	Bukit Kemuning	1	1	2	2	6
2.	Abung Tinggi	-	1	3	-	4
3.	Tanjung Raja	-	1	4	-	5
4.	Abung Barat	-	1	5	2	8
5.	Abung Tengah	-	1	5	-	6
6.	Kotabumi	-	1	6	5	12
7.	Kotabumi Utara	-	1	5	3	19
8.	Kotabumi Selatan	-	2	5	8	15
9.	Abung Selatan	-	2	10	7	19
10.	Abung Semuli	-	1	4	-	5
11.	Abung Timur	-	1	7	-	8
12.	Abung Surakarta	1	-	3	-	5
13.	Sungkai Selatan	-	2	4	-	6
14.	Bunga Mayang	-	1	3	1	5
15.	Muara Sungkai	-	1	2	-	3
16.	Sungkai Utara	1	3	6	4	14
<b>Jumlah</b>		3	21	74	32	130
<b>Januari 2004</b>		3	18	73	29	123

yang dikenakan pada pasien di Puskesmas non-Swadana adalah sebesar Rp.3.000,- untuk pemeriksaan beserta obat.

Di Kabupaten Lampung Utara terdapat 21 Puskesmas induk yang tersebar di 16 kecamatan. Jam buka Puskesmas induk adalah pukul 08.00-13.00 WIB untuk hari Senin-Sabtu, sedangkan pada hari Jumat buka dari pukul 08.00-11.00 WIB. Puskesmas induk menyediakan pelayanan KIA, pemeriksaan kehamilan, imunisasi, kontrasepsi, dan pengobatan umum. Untuk pelayanan HIV/AIDS belum mampu disediakan oleh Puskesmas. Namun ke depannya dikembangkan rencana penambahan kapasitas fungsi pelayanan Puskesmas yakni untuk mampu memberikan pelayanan kepada pasien HIV/AIDS. Untuk kebutuhan rencana pengadaan layanan IMS/HIV telah dilatih empat orang tenaga kesehatan guna mendukung pelaksanaan program peduli kesehatan remaja (usia 10-19 tahun).

Dalam perkembangannya, Puskesmas Kotabumi I ini nanti akan dipecah lagi guna memperkecil daerah yang dilayani karena dianggap terlalu luas. Di akhir tahun 2007 te-

lah disiapkan pemekaran Puskesmas Kotabumi I, akan ditambah lagi dengan adanya Puskesmas di Kotabumi Udik yang nantinya membawahi dua kelurahan dan tiga desa. Hal yang masih dirasakan sebagai kendala adalah terbatasnya tenaga dokter yang ada, untuk sebuah Puskesmas biasanya hanya memiliki satu orang dokter umum. Sementara itu untuk melayani penduduk yang sangat banyak di wilayah binaan yang tergolong luas seperti Kotabumi, maka keberadaan Puskesmas saja dirasakan tidak cukup karena itu dikembangkan lagi Puskesmas Pembantu dan juga Puskesmas Keliling.

### 1.6. Rumah Sakit

Sebagaimana data dalam Tabel 3.4. tersebut, jumlah rumah sakit yang ada di Kabupaten Jembrana adalah empat buah. Jumlah tersebut meliputi rumah sakit swasta dan Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD). Jumlah RSUD yang ada di daerah ini adalah satu buah. Sementara, jumlah rumah sakit swasta adalah sebanyak tiga buah. Jumlah tenaga medis yang tersedia di RSUD adalah meliputi dokter umum sebanyak lima orang, dokter spesialis sebanyak 12 orang, perawat sebanyak 57 orang, dan bidan sebanyak 20 orang. RSUD juga menerima fasilitas JKJ. Fasilitas JKJ yang diberikan oleh rumah sakit ini adalah berupa JKJ paripurna. Pemberian pelayanan dengan menggunakan fasilitas JKJ baru diberikan pada tahun 2007 sejak kebijakan JKJ paripurna diberlakukan. Terkait dengan fasilitas ini, kaum perempuan yang melakukan persalinan di RSUD dapat menggunakan fasilitas ini dengan gratis.

Di Kota Surakarta terdapat 15 rumah sakit (RS) yang terdiri atas 12 RS Umum dan tiga RS Khusus. Pemerintah menyediakan tiga RS Umum, sedangkan sisanya disediakan oleh pihak swasta. Rata-rata rumah sakit yang ada di Kota Surakarta dapat diakses dengan mudah oleh masyarakat karena letaknya tersebar merata di penjuru kota serta tersedia berbagai pilihan angkutan untuk menjangkaunya, mulai dari bus besar, mobil angkutan kecil (bemo), taksi hingga becak. Sarana fisik jalan juga rata-rata terbangun dengan bagus berupa jalan utama yang beraspal ataupun arteri yang kondisinya mulus sehingga memudahkan masyarakat mengakses fasilitas pelayanan kesehatan yang tersedia. Jarak tempuh yang dibutuhkan untuk mencapai RS terdekat dari rumah responden rata-rata tidak lebih dari 30 menit dengan biaya transportasi (selain taksi) berkisar Rp. 2.000,- hingga Rp. 10.000,- sekali tempuh menuju tempat pelayanan.

Adapun mutu pelayanan sebuah rumah sakit dapat dilihat dari berbagai indikator<sup>26</sup>, antara lain, *Bed Occupation Ratio* (BOR), *Length of Stay* (LOS), *Turn of Interval* (TOI), *Gross Death Rate* (GDR) dan *Net Death Rate* (NDR). Nilai BOR ideal untuk RS berkisar antara 60%-80%, untuk Surakarta angka tertinggi dicapai oleh RS Dr. Moewardi yaitu sebesar 92,53%, sedangkan terendah adalah RSUD Surakarta (21,16%). LOS adalah rata-rata lamanya pasien dirawat standarnya berkisar 6-9 hari. Untuk Surakarta semua RS Umum LOS berkisar 2-8 hari selama tahun 2006, sedangkan TOI menunjukkan rata-

---

<sup>26</sup> Profil Kesehatan Surakarta tahun 2006, hlm 47-48.

rata lamanya hari tempat tidur tidak ditempati dan angka ideal yang ditetapkan adalah sebesar 1-3 hari. RS Umum di Surakarta memiliki TOI rata-rata berkisar 2,14, adapun rumah sakit yang memiliki pencapaian TOI 1-3 hari adalah RS Dr. Oen Surakarta, RS Kasih Ibu, RS PKU Muhammadiyah dan RS Kustati, sedangkan rumah sakit yang memiliki TOI terendah (artinya, paling bagus) adalah RS Dr. Moewardi yakni kurang dari satu hari. Indikator BTO menunjukkan frekuensi penggunaan tempat tidur, angka yang ditetapkan adalah 40-50 kali/TT per tahun. Untuk RS Umum BTO rata-rata adalah 49,83 dengan capaian tertinggi oleh RS Kustati (65,02), sedangkan terendah adalah RS Triharsi (29,83). Indikator NDR menunjukkan bahwa angka kematian  $\geq 48$  jam dan jumlah yang dapat ditolerir adalah 2,5 per 100 penderita keluar. Angka ideal yang ditetapkan untuk RS Umum berkisar 2,89. Angka tertinggi dicapai oleh RS Dr. Moewardi (5,85) dan yang terendah adalah RSD Surakarta (0), sedangkan GDR adalah angka kematian untuk tiap-tiap 100 penderita keluar dan angkanya ditetapkan maksimum 4,5. Rumah sakit dengan GDR melebihi angka 4,5 adalah RS Moewardi, RS Dr. Oen, dan RS Panti Waluyo. Berbagai faktor ikut mempengaruhi kematian pada pasien, antara lain, berkaitan dengan jenis penyakit, ketersediaan fasilitas pendukung rumah sakit juga kualitas pelayanan dari tenaga kesehatan terhadap pasien.

Jumlah rumah sakit yang ada di Kabupaten Lebak adalah tiga buah RS Umum. RS Umum tersebut, masing-masing dikelola oleh pemerintah propinsi, pemerintah kabupaten, dan swasta.

Jumlah tenaga medis yang tersedia di RSUD adalah meliputi medis, perawat, bidan, tenaga farmasi, gizi, teknisi, dan sanitasi. Tenaga medis yang terdapat di RS Umum terdiri atas dokter spesialis, dokter umum, dan dokter gigi. Untuk perawat dan bidan yang ada di rumah sakit terdiri atas perawat dan bidan lulusan D3 dan S1. Sementara, tenaga farmasi terdiri atas apoteker dan asisten apoteker. Teknisi medis yang bekerja di RS Umum berupa analis, TEM dan penata rontgen, penata anestesi, dan fisioterapi. Untuk sanitasi, terdiri atas lulusan SPPH, APK, dan D3 kesehatan lingkungan. Untuk lebih detailnya, gambaran penyebaran tenaga kesehatan yang ada di rumah sakit dapat dilihat dalam tabel berikut. Sementara, jumlah tenaga medis yang tersedia di RS Umum misi

**Tabel 3.8.**  
**Persebaran Tenaga Kesehatan di Rumah Sakit Umum**  
**DR. Adjidarmo di Kabupaten Lebak, 2006**

No.	Tenaga Kesehatan	Jumlah	Persentase
1.	Medis	48	22,43
2.	Perawat dan Bidan	143	66,82
3.	Farmasi	3	1,40
4.	Gizi	4	1,80
5.	Teknisi Medis	13	6,10
6.	Sanitasi	3	1,40
Jumlah		214	

*Sumber:* Subag Kepegawaian



adalah sebanyak 23 orang. Jumlah tersebut terdiri atas 15 orang dokter spesialis, tujuh orang dokter umum, dan satu orang dokter gigi.

RSUD memberikan pelayanan terkait dengan kesehatan ibu dan anak. Pelayanan untuk kesehatan ibu meliputi pemantauan gizi ibu, pemeriksaan ibu hamil, pelayanan ibu melahirkan, pelayanan nifas, pelayanan kesehatan reproduksi, dan pelayanan KB. Pelayanan pemeriksaan ibu hamil yang diberikan di rumah sakit meliputi menimbang berat badan, mengukur tensi, mengukur tinggi badan, pemeriksaan fundus, penyuluhan gizi, dan imunisasi TT. Pelayanan Ibu melahirkan yang diberikan oleh rumah sakit adalah berupa pemeriksaan ibu, persalinan, dan perawatan ibu beserta bayinya. Pelayanan nifas yang diberikan oleh rumah sakit adalah penyuluhan gizi, penyuluhan pemberian ASI, dan perawatan luka jahitan. Selain pelayanan tersebut, RSUD juga memberikan pelayanan kesehatan reproduksi. Pelayanan kesehatan reproduksi meliputi Pengobatan Gangguan Saluran Reproduksi, Pengobatan Infertilitas, dan Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE). Pelayanan untuk berbagai kesehatan reproduksi tersebut berupa penyuluhan dan konseling. Penyuluhan dan konseling tersebut diberikan oleh dokter spesialis.

Pelayanan KB yang diberikan oleh RSUD meliputi pemasangan beberapa alat kontrasepsi dan pemberian informasi atau konseling. Alat kontrasepsi yang dapat diakses di RSUD adalah sterilisasi tubektomi, sterilisasi vasektomi, pil, IUD/AKDR/spiral, suntikan, implant, dan kondom/karet KB. Sementara, alat kontrasepsi berupa intravag/diafragma tidak tersedia di RSUD. Pemberian informasi atau konseling terkait dengan KB yang diberikan oleh RSUD terkait dengan berbagai efek samping atau gangguan dalam pemakaian alat kontrasepsi. Selain itu, pemberian informasi atau konseling juga dilakukan terkait dengan informasi tentang masing-masing jenis alat kontrasepsi meliputi efek samping, prosedur kerja, dan manfaatnya. Penyuluhan dan konsultasi tersebut diberikan oleh dokter spesialis dan bidan. Untuk kesehatan anak, rumah sakit memberikan pelayanan terkait dengan pemantauan gizi balita. Pelayanan ini berupa konsultasi gizi balita, penimbangan dan pemantauan Kartu Menuju Sehat (KMS). Selain pelayanan tersebut, rumah sakit juga memberikan pelayanan pemantauan perkembangan bayi dan balita. Pelayanan ini diberikan dalam bentuk penimbangan. Penimbangan yang dilakukan meliputi pengukuran lingkaran kepala, pengukuran tinggi badan, pengukuran berat badan, imunisasi, dan konsultasi tumbuh kembang.

Kabupaten Lampung Utara yang memiliki luas wilayah 2.756,63 km<sup>2</sup> memiliki satu buah RSUD yang ditujukan untuk melayani penduduk dengan jumlah penduduk 582.357 jiwa pada tahun 2006. Selain itu juga terdapat satu buah rumah sakit yang dikelola oleh swasta. Kedua rumah sakit tersebut diharapkan mampu memberikan pelayanan kepada penduduk di Kabupaten Lampung Utara dengan menyediakan kapasitas 127 tempat tidur dewasa dan 20 tempat tidur bayi untuk RSUD dan untuk RS Swasta kapasitas 36 tempat tidur.

RSUD di Kabupaten Lampung Utara yaitu RSU Ryacudu menjadi satu-satunya tempat rujukan bagi pelayanan kesehatan yang lebih lengkap. Di rumah sakit ini memberikan pelayanan KIA, persalinan, promosi serta penyuluhan kesehatan, imunisasi,



serta pengobatan beragam penyakit, juga laboratorium. Pelayanan yang tersedia ditunjang oleh ketersediaan peralatan medis serta tenaga medis yang lengkap. Ketersediaan fasilitas dan layanan yang dianggap masih kurang di RSUD Kabupaten Lampung Utara di antaranya adalah tidak adanya fasilitas laboratorium bagi pemeriksaan HIV/AIDS (VCT). Hal itu menyulitkan pendeteksian awal bagi pasien yang diduga mengidap HIV/AIDS karena mereka harus dirujuk dulu ke RSUP Abdul Muluk yang ada di Bandar Lampung.

Selain itu, keterbatasan tenaga medis juga menjadi masalah tersendiri, yakni jumlah dokter yang ada terutama dokter spesialis tergolong sangat sedikit, kurang lebih hanya tiga orang. Tenaga medis yang ada di RSUD juga belum memiliki kesiapan untuk menerima pasien HIV/AIDS baik untuk pemeriksaan awal terlebih untuk melakukan perawatan serta pengobatan. Orang dengan HIV/AIDS (ODHA) yang tinggal di Kabupaten Lampung Utara (pada tahun 2005 tercatat ada empat orang) terpaksa harus bolak-balik ke Bandar Lampung guna menjalani perawatan yang belum memungkinkan diperolehnya di tingkat kabupaten. Setelah dikeluarkannya kebijakan Kepmenkes RI No. 760/Menkes SK/VI/2007 tentang Penetapan RSU Ryacudu sebagai RS rujukan bagi ODHA barulah masyarakat Kabupaten Lampung Utara, khususnya pasien dengan HIV/AIDS, dapat mengakses pelayanan kesehatan tanpa harus pergi ke RS tingkat provinsi di Bandar Lampung.

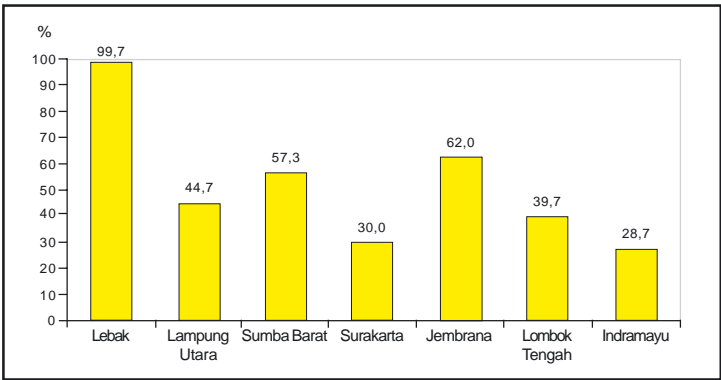
Gambaran mengenai kondisi fasilitas kesehatan sebagaimana dipaparkan di atas menunjukkan bahwa ketersediaan ekonomi masyarakat akan berpengaruh atas akses masyarakat pada fasilitas kesehatan yang ada. Problem tersebut masih merupakan kendala utama bagi masyarakat miskin untuk lebih memperhatikan kondisi kesehatannya, terutama kesehatan reproduksi perempuan. Paparan dari masalah tersebut, akan berujung pada diskusi mengenai kondisi fasilitas kesehatan yang memprihatinkan, ketika kita lihat sebagai pusat pelayanan masyarakat.

## **2. Jaminan Kesehatan Masyarakat: Menjawab Masalah Keluarga Miskin?**

Jaminan kesehatan masyarakat yang menjadi kecenderungan dari promosi Pemilihan Kepala Daerah (Pilkada) setelah pasca reformasi, seringkali dilihat sebagai solusi bagi keluarga miskin baik di pedesaan maupun perkotaan. Kebijakan ini muncul di Kabupaten Jembrana yang kemudian direplikasi di sejumlah kabupaten. Dari hasil kajian yang dilakukan oleh WRI, menunjukkan bahwa masih ada sejumlah persoalan yang mengiringi kebijakan tersebut. Pada dasarnya jaminan kesehatan masyarakat tersebut bertujuan untuk meringankan beban ekonomi keluarga miskin. Akan tetapi ketika kajian ini dilakukan, masalah seperti transportasi, pendistribusian kartu jaminan kesehatan masyarakat yang tidak merata, jarak dari kampung menuju ke layanan kesehatan, pengetahuan masyarakat, dan juga keberadaan dukun. Dari semua masalah tersebut hal yang penting adalah faktor penghambat yang ada memberi konsekuensi logis terhadap berbagai biaya yang secara tidak langsung berkaitan dengan akses ke fasilitas kesehatan gratis.

Kebijakan asuransi kesehatan bagi masyarakat miskin yang dikenal sebagai Askeskin ataupun JKJ di Jembrana menjadi salah satu harapan bagi masyarakat miskin untuk memperoleh pelayanan kesehatan secara gratis. Askeskin/JKJ setidaknya mampu mengurangi hambatan yang dirasakan masyarakat miskin dalam mengakses fasilitas pelayanan kesehatan. Meskipun demikian tidak semua masyarakat miskin memiliki jaminan pelayanan kesehatan sebagaimana terlihat dalam Grafik 3.1. berikut ini.

**Grafik 3.1.**  
**Memiliki Jaminan Pelayanan Kesehatan**



Grafik 3.1. di atas memperlihatkan bahwa jumlah persentase pemegang Askeskin cukup beragam. Jumlah terkecil pemegang kartu Askeskin terdapat di Indramayu yakni 28,7%, sedangkan persentase tertinggi ditemukan di Kabupaten Lebak. Di Kabupaten Indramayu maupun Surakarta yang tercatat sebagai pemegang Askeskin tergolong kecil. Pemerintah daerah setempat memberikan kelonggaran kepada masyarakat miskin yang tidak memiliki Askeskin untuk menggunakan pelayanan gratis dengan mengurus keterangan Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM) sehingga tetap dapat mengakses pelayanan kesehatan. Kendatipun masyarakat telah memiliki fasilitas Askeskin atau SKTM, tidak dengan sendirinya memperoleh kemudahan akses fasilitas pelayanan

### Saidah

*"Persalinan yang Ditolong Suami Karena Tidak Mampu Membayar Fasilitas Kesehatan."*

Saidah (41 tahun) adalah seorang ibu dari enam orang anak. Menikah pada usia 21 tahun dengan Joko Saryono. Saidah dan suaminya adalah penduduk asli Surakarta. Setelah menikah mereka tinggal di sebuah rumah berukuran 28 m<sup>2</sup>, berdinding tembok tanpa diplester, berlantai semen di Kelurahan Semanggi, Kecamatan Pasar Kliwon.

Saidah (41 tahun) dan suaminya tidak pernah mengenyam pendidikan di sekolah, mereka tidak bisa membaca dan menulis serta tidak pernah mengikuti program “melek huruf”. Sehari-hari Saidah bekerja serabutan membantu suami membuat *suttle cock* di rumah. Pekerjaan ini dilakukan sesuai dengan order yang mereka terima, sifatnya tidak rutin setiap bulannya. Hal itu berpengaruh pada penghasilan yang diperolehnya setiap bulan, yang besarnya kurang dari Rp. 600.000,- atau bahkan kadang kurang dari itu. Saat diwawancarai, Saidah dan suaminya mengaku sedang sepi order sejak enam bulan terakhir, sehingga mereka harus bekerja keras mencari peluang bekerja serabutan demi memperoleh penghasilan bagi keluarga.

Saidah pernah hamil sebanyak sembilan kali dengan jumlah kelahiran hidup enam orang, lahir mati satu orang dan pernah mengalami keguguran sebanyak dua kali. Karena keterbatasan ekonomi dan kurangnya pengetahuan tentang kesehatan reproduksi perempuan, selama hamil Saidah tidak pernah memeriksakan kehamilannya. Begitupun saat mengalami keluhan pada organ reproduksinya (keputihan dan gatal). Saidah mengalami beberapa keluhan yang terkait dengan organ reproduksinya, antara lain, saat melahirkan mengalami komplikasi (gangguan) yakni mules yang kuat dan teratur lebih dari sehari semalam. Adapun pada saat nifas mengalami perdarahan lebih banyak dibandingkan dengan biasanya (lebih dari tiga kain), juga rasa nyeri pada payudara. Namun, keluhan yang dirasakannya ini tidak diperiksakan ke tenaga kesehatan, Saidah memilih untuk mengatasinya dengan beristirahat. Saidah tidak menggunakan alat kontrasepsi, begitu juga suaminya. Mereka juga tidak berniat menggunakan alat kontrasepsi. Mereka berkeyakinan anak adalah pemberian Tuhan sehingga merasa tidak perlu membatasi jumlah anak. Pada persalinan yang terakhir, Saidah tidak pergi ke bidan melainkan ditolong oleh suaminya sendiri dengan peralatan seadanya. Hal itu dilakukan karena keterbatasan ekonomi dan trauma pada pelayanan kesehatan yang ada di rumah sakit. Suami Saidah menggunakan silet untuk memotong *placenta* bayi dengan beralaskan kunyit. Setelah bayi keluar dan *placenta* dipotong, barulah bidan dipanggil untuk membantu, sehingga Saidah membayar biaya persalinan lebih murah yakni Rp. 50.000,-.

Saidah tinggal di daerah yang tergolong miskin namun terdapat fasilitas pelayanan kesehatan yang mudah diakses oleh masyarakat di Kelurahan Semanggi. Di daerah ini terdapat Puskesmas Pembantu, Puskesmas Keliling yang memberikan layanan tiga hari dalam seminggu, tersedia juga tenaga kesehatan seperti bidan praktek, dokter praktek maupun klinik Infeksi Menular Seksual (IMS) yang menyediakan pelayanan gratis. Namun berbagai fasilitas ini tetap saja dirasakan berat untuk diakses oleh keluarga Saidah bila harus mengeluarkan biaya. Posyandu yang semestinya menyediakan pelayanan imunisasi gratis, ternyata di Kelurahan Semanggi dipungut biaya Rp. 6.000,- atau kadang terdapat pungutan sukarela saat ke Posyan-

du dengan dalih untuk biaya administrasi. Untuk keperluan pelayanan kesehatan, saat sakit keluarga Saidah biasa memanfaatkan fasilitas pelayanan Askeskin gratis.

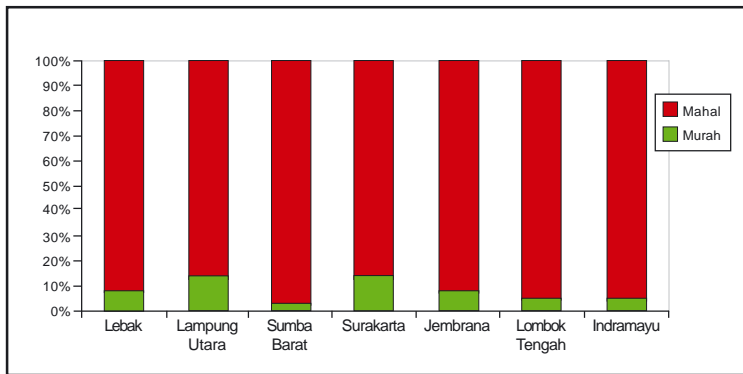
Sebagai pemegang kartu Askeskin, Saidah memiliki pengalaman yang kurang menyenangkan saat memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan di rumah sakit. Saat itu Saidah menjalani persalinan dengan menggunakan kartu Askeskin ke RS daerah setempat yang terdekat dari rumahnya. Saidah merasakan tanda-tanda kontraksi akan melahirkan di pagi dini hari sekitar pukul 04.30 WIB dan segera mendatangi RS daerah. Sesampai di sana dia segera dibaringkan di tempat persalinan dan diperintahkan untuk menunggu petugas kesehatan (bidan) yang tidak ada di tempat, karena sedang sholat Subuh. Saidah merasakan kontraksi semakin kuat dan mencoba memanggil petugas agar menolong persalinannya. Namun sayang, tak satu pun yang ada. Akhirnya bayi Saidah lahir tanpa ditolong petugas kesehatan karena petugas baru datang satu jam kemudian. Bayi Saidah membiru karena meminum air ketuban hingga akhirnya meninggal dunia. Sejak saat itu, karena merasa trauma, Saidah tidak mau melahirkan di RS walaupun bisa gratis dengan fasilitas Askeskin. Oleh sebab itu, saat persalinan anaknya yang terakhir (anak ke enam) Saidah melahirkan di rumahnya dengan ditolong oleh suaminya sendiri.

Joko, suami Saidah, juga mempunyai pengalaman yang tidak menyenangkan saat menggunakan Askeskin ke RS daerah setempat. Pada saat itu Joko mengalami keluhan nyeri hebat di lambungnya dan sering muntah-muntah, dokter di RS mendiagnosa kemungkinan menderita infeksi pada lambungnya. Untuk memperkuat diagnosa, dokter memerintahkan Joko untuk menjalani pemeriksaan lambung dengan cara memasukkan selang dari hidung ke saluran pencernaan. Untuk keperluan tersebut Joko diharuskan berpuasa satu hari sebelumnya. Namun, saat tiba hari dimana Joko harus diperiksa ternyata dokter yang menangani sedang rapat dari pagi hingga lewat tengah hari, dan tidak mau diganggu, padahal Joko telah berpuasa sehari sebelumnya. Joko diperintahkan terus menunggu sampai dokter selesai rapat, sementara kondisinya sudah sangat lapar, lemas, dan hampir pingsan. Petugas menawarkan Joko untuk membatalkan puasanya dan menunda tindakan pemeriksaan keesokan harinya — tentunya juga dengan puasa lagi. Namun, Joko yang merasa sangat kecewa menolak dan akhirnya pulang tanpa diperiksa kondisi kesehatannya sedikitpun. Pada akhirnya, Joko memutuskan berobat pada dokter praktek dan menggunakan pengobatan alternatif untuk mengatasi keluhan penyakitnya. Joko merasa kecewa dengan model penanganan terhadap pasien di RS yang cenderung seenaknya dan mengabaikan keluhan pasiennya terlebih bila pasien tersebut menggunakan Askeskin. Tak jarang Joko sengaja tidak menggunakan kartu Askeskin untuk mendapatkan pengobatan di Puskesmas ataupun rumah sakit karena khawatir akan diabaikan oleh petugas kesehatan yang ada.

kesehatan yang ada di daerahnya. Tidak jarang kondisi wilayah dan jalan yang jauh, serta kondisi permukaan tanah yang berbukit dan belum ada fasilitas jalan umum. Hal itu menjadi kendala tersendiri dalam upaya masyarakat untuk mengakses fasilitas kesehatan yang ada karena mereka harus mengeluarkan biaya yang relatif mahal untuk transportasi yang juga tidak mudah ditemui.

Berikut ini adalah grafik persepsi masyarakat tentang besarnya biaya yang diperlukan untuk mengakses fasilitas pelayanan kesehatan rumah sakit di tujuh wilayah penelitian.

**Grafik 3.2**  
**Persepsi Masyarakat tentang Biaya Transportasi ke Rumah Sakit**

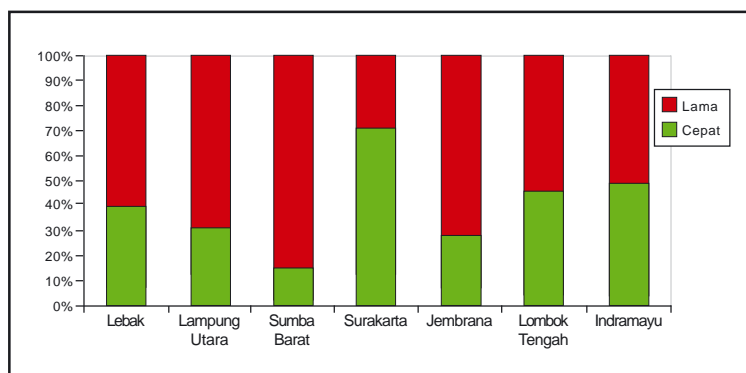


Grafik 3.2 menunjukkan bahwa biaya transportasi yang diperlukan untuk mengakses fasilitas kesehatan di rumah sakit dirasakan mahal oleh masyarakat di tujuh wilayah penelitian. Mahalnya biaya transportasi ini dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain, letak rumah sakit jauh dari rumah penduduk, sulitnya medan, dan keterbatasan sarana transportasi.

Masalah sarana transportasi umum yang terbatas misalnya dapat kita lihat di Kabupaten Sumba Barat yang memiliki luas wilayah 4.051.92 km<sup>2</sup> dan ditempati 400.262 penduduk yang menyebar di 17 Kecamatan, 182 desa dan 10 kelurahan. Mereka tinggal di wilayah yang berbukit-bukit. Hampir 50% wilayah Sumba Barat memiliki kemiringan 14-40 derajat. Kondisi wilayah ini membuat masyarakat Sumba Barat membangun sistem perkampungan yang letaknya di atas perbukitan atau tempat-tempat yang tinggi.

Pola perkampungan tersebut adalah tradisi yang telah ratusan tahun dilakukan oleh para leluhur masyarakat Sumba Barat, yang menurut cerita para tetua kampung, sejak dahulu hingga kini, semakin tinggi letak suatu kampung diyakini lebih memberi rasa aman masyarakat, baik dari serangan musuh, pencuri maupun hewan buas. Saat tulisan ini dibuat sudah banyak masyarakat membangun rumah di permukaan yang lebih datar dengan istilah “turun kampung”. Kampung tradisional tidak boleh dikosongkan, harus tetap ada penerus keluarga yang tinggal di kampung dengan orang-orang lama yang masih setia dengan kampung mereka. Keluarga yang “turun kampung” akan membuat perkampungan baru tanpa melepas ikatan sosial budaya dengan kampung utama. Dilihat dari sisi jarak, perkampungan tradisional dibangun di tengah hutan atau perbukitan yang jaraknya cukup jauh dari pusat pemerintahan desa yang ada di dataran. Sebagai contoh, perkam-

**Grafik 3.3**  
**Waktu Tempuh ke Tempat Praktek Bidan**



pungan Desa Kodaka di Kota Waikabubak memiliki jarak penyebaran 0-7 km<sup>2</sup> dari pusat pemerintahan Desa Kodaka.

Perkampungan ini ada yang dapat ditempuh dengan sepeda motor ojek, tetapi banyak perkampungan masih harus ditempuh dengan berjalan kaki. Kondisi ini juga menjadi salah satu penyebab kurangnya akses kaum perempuan pada fasilitas kesehatan. Jika Posyandu, Polindes maupun rumah bidan adalah jarak terdekat yang dapat dicapai oleh perempuan miskin, mereka harus tetap berjalan kaki menuruni kampung mereka hingga sejauh 4 km. Berjalan kaki adalah kebiasaan yang dilakukan para perempuan untuk mencapai berbagai tempat yang akan mereka tuju. Tetapi bagi sebagian perempuan miskin yang sedang hamil, jarak tempuh yang jauh tetap menjadi persoalan untuk dapat mencapai fasilitas kesehatan yang ada. Ibu-ibu hamil yang berjalan kaki selalu mengatakan, “Kehamilan kami normal dan kami biasa jalan ke mana-mana”. Ini merupakan ungkapan mereka yang menunjuk pada proses jalan kaki menuju ke fasilitas kesehatan dan sekaligus menjadi alasan untuk tidak memeriksakan kehamilan bagi banyak perempuan miskin ke Posyandu, Polindes maupun rumah bidan, karena mereka merasa kehamilannya normal, dan cenderung memilih dukun di perkampungan.

Di awal-awal kehamilan, mereka dapat berjalan kaki hingga sejauh 4 km. Seiring dengan bulan kehamilan yang semakin tua, perempuan miskin lebih memilih diperiksa oleh dukun sekaligus menjadi paket melahirkan. Kalaupun suami mereka pergi memanggil bidan saat kelahiran anak mereka, kemungkinan besar bayi mereka telah lahir dibantu oleh dukun. Keterlambatan ini disebabkan jarak tempuh yang jauh ataupun letak perkampungan yang sulit diakses oleh bidan. Hampir 90% kelahiran perempuan miskin di dua kecamatan yang menjadi fokus penelitian WRI dilakukan di rumah, dibantu oleh dukun maupun bidan yang datang ke rumah. Alasan yang paling sering dikemukakan oleh perempuan miskin adalah jauhnya jarak yang harus mereka tempuh menuju fasilitas kesehatan maupun ke tempat bidan dengan kondisi hamil tua, dan kondisi geografis kampung mereka yang menurun membuat mereka tidak mampu berjalan kaki. Ditambah tidak adanya alat transportasi umum dari dan menuju kampung mereka. Ojek adalah satu-satunya alat transportasi tercepat yang dapat mereka gunakan. Namun perempuan hamil tidak dapat duduk di belakang ojek dengan aman.



Di dua desa pada Kecamatan Kota Waikabubak yang menjadi wilayah penelitian WRI, kondisi ini tidak jauh berbeda walaupun berada di kecamatan kota. Perempuan miskin tetap mengalami kesulitan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan reproduksi mereka pada fasilitas umum. Masalah tersebut kemudian diatasi oleh Bides yang memberikan pelayanan masyarakat. Oleh karena jumlah perempuan yang membutuhkan pelayanan kesehatan reproduksi sangat banyak dari pemeriksaan kehamilan hingga masa nifas, ditambah dengan pemberian alat kontrasepsi serta imunisasi bayi dan balita, maka beberapa pelayanan yang diberikan oleh bidan menjadi tidak maksimal lagi. Kondisi lainnya, bidan masih satu-satunya tenaga kesehatan yang dapat dijangkau oleh perempuan miskin sekaligus menjadi tumpuan pelayanan kesehatan yang mereka butuhkan.

Beberapa perempuan yang tidak mampu mengakses bidan, salah satunya adalah Paile Deke dari Desa Kelembu Kuni, Kecamatan Kota Waikabubak<sup>27</sup> yang telah mengalami empat kali kematian anaknya baik saat lahir dan saat berusia tujuh bulan pasca kelahiran. Paile hanya heran mengapa bayinya tidak tumbuh hingga dewasa tanpa pernah tahu penyebab kematian anaknya. Paile hanya dapat bertutur: “Kami biasa melahirkan dibantu dukun. Periksa anak sakit juga datang ke dukun, biasanya selalu sembuh.” Kondisi

### **Katarina**

Desa Gaura Kecamatan Lamboya, Sumba Barat

#### *Sulitnya Mengakses Fasilitas dan Tenaga Kesehatan*

Katarina lahir 5 Oktober 1984, di sebuah desa Gaura Kecamatan Lamboya Kabupaten Sumba Barat. Dalam usia yang relatif muda ia telah memiliki empat orang anak, satu anaknya meninggal beberapa saat setelah dilahirkan. Katarina mengaku menikah pada usia yang sangat muda, kondisi kemiskinan keluarganya membuatnya harus menikah cepat. Suaminya bekerja sebagai petani kebun, Katarina pun se usai mengurus keluarga dan anak-anaknya, ikut membantu suaminya menanam sayur di kebun. Hasil kebun berupa sayuran dan ubi-ubian adalah sumber nafkah keluarganya.

Saat diwawancara Katarina mengaku mengalami beberapa masalah pada organ reproduksinya. Alat kelamin Katarina sering sakit, terutama sesudah melakukan hubungan seksual dengan suaminya, terkadang keluar darah segar setiap kali berhubungan seks, selain itu alat kelaminnya sering terasa gatal dan panas seperti terbakar, perut bagian bawahnya juga terasa nyeri dan sakit.

Sudah cukup lama, Katarina mengalami masalah-masalah pada organ reproduksinya, setiap kali ingin memeriksakan penyakitnya, bidan di desanya tidak mela-

<sup>27</sup> Wawancara dengan Paile Deke, 6 Desember 2007.



yani keluhan penyakitnya, bidan hanya memberikan beberapa butir obat penghilang rasa sakit yang diminumnya dua hari. Setelah itu rasa saki yang dialaminya kembali kambuh, akhirnya Katarina hanya bisa pasrah dengan kondisinya, ia hanya berkata

*“...bidan pamalas, kalau kita orang lain tidak akan dilihat dan dia tidak akan periksa, kalau keluarganya akan dilayani baik-baik.”*

Katarina pun tidak pernah menceritakan keadaannya pada siapapun, bahkan kepada suaminya ia tidak bercerita. Penyakit itu ditanggungnya sendiri, karena Katarina tidak tahu seberapa bahaya penyakit yang dideritanya, sehingga Katarina takut untuk memberitahu suami atau keluarga lainnya.

Saat melahirkan anak terakhirnya, Katarina hanya memanggil dukun di kampungnya, dia tidak mau meminta bantuan bidan. Tanpa diduga kelahiran bayinya menjadi sangat sulit, hampir dua hari lamanya mules dan kejang diperutnya tidak berhenti, ia merasa hampir mati, saat itu ia juga teringat kejadian yang sama terjadi pada tetangga depan rumahnya yang meninggal karena mengalami pendarahan yang sangat banyak. Setelah sakit tidak tertahankan Katarina meminta suaminya untuk menjemput bidan. Belum sempat bidan datang, bayinya lahir dengan selamat. Namun, darah yang keluar dari jalan lahirnya seperti tidak berhenti keluar, kepalanya terasa sangat pusing, badannya menjadi lemas dan kejadian yang terakhir yang diingatnya sebelum pingsan dukun berteriak-teriak histeris melihat pendarahan tersebut.

Setelah memberikan beberapa suntikan, bidan meminta suami Katarina untuk mencari kendaraan agar Katarina bisa dibawa ke Puskesmas. Namun, pencarian kendaraan sangat sulit. Sebagai gambaran Desa Gaura terletak di atas pegunungan dan untuk mencapai Puskesmas dibutuhkan waktu dua jam perjalanan dengan kondisi jalan yang sangat rusak dan terjal, satu-satunya alat transportasi yang ada hanyalah truk yang beroperasi satu kali sehari. Selebihnya dengan menggunakan ojek dengan biaya Rp. 100.000,-. Perjalanan yang harus dilalui biasanya penuh dengan guncangan yang sangat keras dan kuat. Dan, dalam beberapa kasus rujukan perempuan yang mengalami pendarahan, meninggal dalam perjalanan karena kondisi jalan yang sangat rusak ditambah dengan waktu tempuh yang sangat lama.

Oleh karena kesulitan mendapatkan kendaraan, bidan dengan sangat panik menjemput beberapa bidan yang bertugas di sekitar Desa Gaura untuk meminta pertolongan. Setelah hampir empat jam lamanya para bidan berjuang untuk menghentikan pendarahan yang dialami Katarina, akhirnya dengan perlahan kondisi Katarina yang hampir kehabisan darah bisa tertolong dan selamat.

yang dialami oleh Paile, seringkali berkaitan dengan keterlambatan dalam pertolongan persalinan yang disebabkan oleh jarak menuju ke penolong persalinan yang memenuhi *standard hygienic* untuk melahirkan. Dari grafik di atas tampak bahwa persepsi masyarakat terhadap jauhnya jarak menuju ke Bidan sangat tinggi dibanding yang mengatakan bahwa jaraknya dekat. Hampir semua wilayah penelitian menunjukkan gejala tersebut, sehingga sulit untuk dibandingkan satu sama lain.

Karena biaya transportasi yang tinggi untuk pergi ke bidan maupun ke fasilitas kesehatan lainnya, membuat perempuan miskin terlambat memberikan pertolongan saat anaknya sakit. Begitu juga dengan seorang perempuan bernama Wini Mude<sup>28</sup> dari desa yang sama dengan Paile, mengaku telah dua kali mengalami keguguran karena selalu berkonsultasi dan diobati ke dukun. Meskipun demikian, saat kelahiran anak terakhirnya dia ditolong oleh Bides. Alasannya adalah:

“Sejak mamak kami selalu datang berobat ke dukun, kami di kampung sudah biasa periksa ke dukun, tempatnya dekat dan cepat dicari.... ibu bidan baru saja datang ke desa sini, dahulu kami tidak tahu ada ibu bidan yang dapat periksa-periksa. Kami tidak tahu harus periksa apa di ibu bidan, kalau di dukun semua dapat kami kata, periksa sakit-sakit saat hamil dan melahirkan semua diurus dukun.”

Untuk menuju ke layanan bidan, Wini pun harus memikirkan biaya transportasi naik ojek jika periksa ke bidan karena jarak yang cukup jauh dari tempat tinggalnya. Wini sering memberikan sekedar sirih kepada dukun sebagai biaya pengganti atas pertolongan yang telah diberikan. Jarak tempuh dan kondisi perkampungan yang sulit pun membuat hambatan tersendiri bagi bidan seperti penuturan Bides Kodaka, ibu Bety, bahwa ia mengalami kesulitan besar saat akan membantu persalinan seorang perempuan yang tinggal di perkampungan yang jauh dengan waktu tugas 24 jam. Bety sebagai seorang bidan harus bersedia dijemput dan diantar pulang oleh suami pasien, kapan pun mereka membutuhkan pertolongannya. Seringkali juga bidan dijemput di tengah malam dengan kondisi jalan yang buruk. Situasi ini membuat bidan terkadang takut untuk datang ke rumah pasien dengan alasan keamanan. Tetapi jika keadaan pasien sangat membahayakan, bidan harus tetap datang ke rumah pasien. Begitu juga ungkapan Estiana Multi (bidan di Kalembo Kuni) yang mengatakan”

“Sebenarnya tempatnya tidak jauh. Tetapi karena berbukit-bukit dan berbelok-belok, rasanya setengah mati saya untuk mencapai perkampungan mereka.”<sup>29</sup>

Kondisi ini harus dihadapi para bidan setiap hari untuk dapat mencapai rumah pasien mereka. Kendala yang cukup berat yang dihadapi oleh bidan menimbulkan keprihatinan masyarakat. Penduduk salah satu kampung terjauh di Desa Kalembo Kuni kemudian

---

<sup>28</sup> Wawancara dengan Wini Mude, 8 Desember 2007

<sup>29</sup> Wawancara dengan Estiana Multi Bidan Kalembo Kuni, 8 Desember 2007

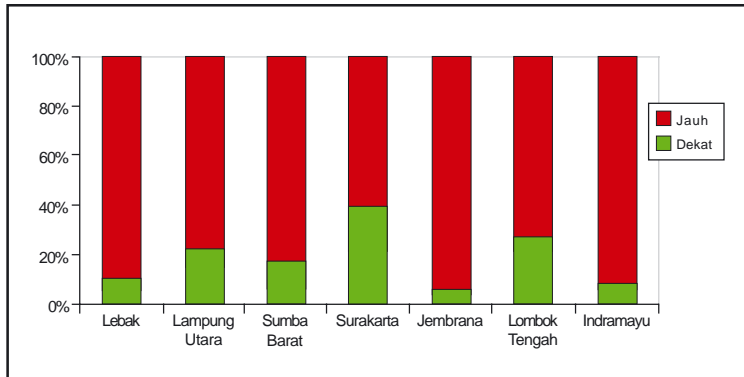
berinisiatif untuk membawa perempuan yang akan melahirkan ke salah satu rumah penduduk yang mudah dijangkau oleh bidan. Keadaan ini berlangsung hampir satu tahun. Walaupun tidak semua kampung memiliki inisiatif yang sama, tetapi para bidan tetap bersyukur dapat menjangkau pasien mereka dengan lebih mudah.

Bertugas selama sepuluh tahun sebagai Bides di Kalembo Kuni adalah tugas yang berat dan mulia. Oleh karena itu ia berharap ada banyak bantuan peralatan, pelatihan maupun kendaraan bermotor untuk memudahkannya mendatangi rumah pasien. Menurut data Kabupaten Sumba Barat tahun 2005, kendaraan bermotor tercatat sebanyak 4.430 unit terdiri atas 123 unit mobil penumpang, 137 mobil beban, 317 mobil bus, dan 3.853 sepeda motor. Pada jalan-jalan kabupaten maupun provinsi, masyarakat lebih banyak menggunakan alat transportasi mobil angkutan umum, dan untuk menjangkau perkampungan ojek menjadi alternatif transportasi terbanyak dengan konsekuensi biaya lebih mahal. Pada dua kecamatan yang menjadi fokus penelitian WRI di Kecamatan Kota Waikabubak, mobil angkutan umum cukup lancar melayani penumpang dengan biaya berkisar Rp. 2.000,- hingga Rp. 5.000,- untuk jarak tempuh 1 km-15 km. Kondisi jalan yang sebagian besar beraspal menambah kemudahan mobil angkutan umum membawa penumpang ke seluruh penjuru kota sesuai dengan rutennya. Alat transportasi lainnya adalah ojek dengan biaya yang lebih mahal sebesar Rp. 2.000,- hingga Rp. 20.000,- dengan jarak tempuh yang sama.

Berbeda dengan Desa Gaura, salah satu desa di Kecamatan Lamboya, 48 km dari Kecamatan Kota Waikabubak. Untuk mencapai desa ini harus melewati tikungan yang tajam dan berkelok-kelok (terkenal dengan nama jurang neraka). Kondisi jalan yang berlubang-lubang dan rusak berat membuat truk harus berjalan merayap, sesekali di tengah tanjakan truk berhenti sebentar untuk mencari kekuatan baru agar bisa melewati tanjakan tersebut. Apalagi jika hujan besar, jalan akan sangat licin dan berbahaya untuk dilewati. Hanya truk yang berani membawa penumpang mencapai Desa Gaura dan beberapa desa yang sangat jauh di Kecamatan Lamboya tersebut. Walaupun biaya menumpang sebuah truk sebesar Rp. 5.000,- tergolong murah untuk rute Desa Gaura menuju Kota Waikabubak dan sebaliknya, sebagian besar perempuan hamil tidak berani pergi ke Puskesmas yang berada di Desa Kabukarudi untuk melakukan pemeriksaan kesehatan. Mereka lebih mengandalkan Posyandu, Pustu, dan Polindes yang ada di desa mereka. Untuk urusan yang tidak sangat penting, tidak banyak perempuan yang melakukan perjalanan ke luar desa mereka dikarenakan kondisi jalan yang buruk.

Selain truk, ojek dapat digunakan sebagai alat transportasi menuju Kota Waikabubak, tetapi biayanya sangat tinggi dapat mencapai Rp. 100.000,- untuk satu kali perjalanan. Ojek menjadi alat transportasi antar kampung di desa itu dengan biaya berkisar Rp. 3.000,- hingga Rp. 10.000,-. Belum ada transportasi lain yang beroperasi di Desa Gaura ataupun yang menghubungkan desa tetangga. Perempuan miskin lebih memilih berjalan kaki menuju Posyandu, Polindes maupun Pustu di desa mereka walaupun jarak tempuhnya mencapai 8 km dari perkampungan mereka. Jalan-jalan penghubung antar perkampungan Desa Gaura belum ada yang diaspal oleh pemerintah, mereka harus melewati jalan bebatuan dan menanjak untuk mempercepat mereka sampai ke pusat desa. Banyak perempuan

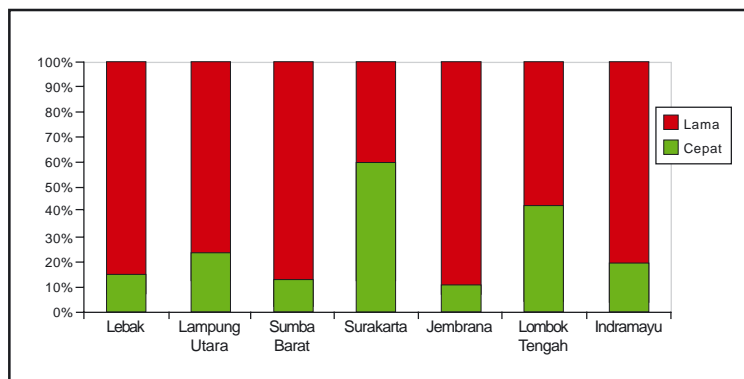
**Grafik 3.4.**  
**Jarak ke Puskesmas**



miskin memilih melewati perkebunan dan hutan sebagai jalan pintas. Kondisi tersebut menyebabkan banyak perempuan yang melakukan pemeriksaan kehamilannya hingga kelahiran pada seorang dukun.

Grafik di atas menunjukkan bahwa persepsi terhadap jarak untuk menuju ke puskesmas masih mereka rasakan jauh. Di Jemberana masalah tersebut sangat mengemuka meskipun kabupaten tersebut memiliki jaminan kesehatan. Jaminan kesehatan tersebut tidak menyelesaikan masalah mahalannya menempuh jarak menuju ke layanan kesehatan. Masalah jarak tersebut juga berkaitan dengan persepsi terhadap waktu tempuh.

**Grafik 3.5**  
**Waktu Tempuh ke Puskesmas**



Persepsi terhadap waktu tempuh yang lama pada masyarakat di Sumba Barat juga dialami oleh warga masyarakat di Lombok Tengah. Masalah jarak tempuh menuju fasilitas kesehatan di dua kecamatan yaitu Praya dan Pujut cukup berbeda. Kecamatan Praya yang sekaligus menjadi pusat kabupaten memiliki jarak tempuh rata-rata dari 0-10 km dengan waktu tempuh sekitar 0-30 menit dengan angkutan umum, ojek, dan cidomo.<sup>30</sup>

<sup>30</sup> Alat transportasi umum tradisional di Lombok Tengah yang ditarik dengan kuda.

Masyarakat yang tinggal cukup jauh dari Puskesmas biasanya berjalan kaki untuk mengakses Pustu di desa mereka dengan waktu tempuh 60 menit. Kelurahan Gerunung yang berjarak kurang lebih 8 km dari Kelurahan Praya hanya memiliki sebuah Pustu di desa mereka, sedangkan Puskesmas hanya ada di Kelurahan Praya. Di Kecamatan Pujut, jarak tempuh menuju fasilitas kesehatan adalah 30 km. Sebagaimana terlihat pada grafik di atas, Desa Sengkol yang menjadi pusat Kecamatan Pujut, memiliki beberapa dusun yang jarak tempuhnya mencapai 30 km dari pusat desa sekaligus menjadi tempat berdirinya Puskesmas, sedangkan Desa Katare berjarak sekitar 4 km menuju Puskesmas. Di Desa Ketare sendiri tidak tersedia satu pun fasilitas kesehatan dan masyarakat harus mengakses ke fasilitas terdekat dalam satu kecamatan ataupun di desa lain yang berbeda kecamatan dengan mereka dan untuk pergi ke rumah sakit pun harus menempuh perjalanan sekitar 25 km dari pusat Desa Sengkol. Alat transportasi umum (bemo) atau ojek biasanya memerlukan waktu tempuh bisa mencapai 90 menit dari dusun-dusun terjauh.

Transportasi yang biasa digunakan oleh masyarakat adalah mobil *carry*, ojek, dan cidomo. *Carry* adalah angkutan umum yang hanya melewati jalan utama desa, sedangkan ojek dan cidomo masuk ke dalam dusun-dusun. Biaya transportasi yang dikeluarkan masyarakat pada umumnya berkisar antara Rp. 5.000,- hingga Rp. 40.000,- pulang-pergi untuk sekali berobat dengan jarak tempuh dari desa menuju fasilitas kesehatan antara 3 km-30 km. Jasa transportasi yang paling banyak digunakan adalah ojek, karena belum adanya angkutan umum pada semua jalur, terutama yang menjangkau dusun-dusun.

Dari cara pandang warga Dusun Embung Rungkas Desa Ketare merasakan bahwa jarak yang sekitar 2 km menuju jalan raya, biaya naik ojek Rp. 2.500,- untuk mencapai jalan raya yang dilanjutkan dengan angkutan umum *carry* menuju Puskesmas di Desa Sengkol dengan biaya Rp. 2.500,- Selain ojek, ada juga angkutan cidomo yang hanya 1-3 kali per hari melintas memasuki dusun dengan biaya antara Rp. 1.000,- hingga Rp. 2.000,- Di Dusun Gerupuk di Desa Sengkol yang berjarak 30 km, transportasi yang digunakan untuk pergi ke Puskesmas adalah bemo dengan biaya antara Rp. 10.000,- hingga Rp. 15.000,-. Sayang sekali, bemo hanya melintas dua kali per hari, selebihnya masyarakat harus menggunakan ojek dengan biaya antara Rp. 20.000,- hingga Rp. 30.000,- satu kali perjalanan. Tetapi masyarakat Dusun Gerupuk mempunyai pilihan untuk mengakses Puskesmas terdekat pada desa tetangga dengan biaya bemo sebesar Rp. 5.000,-. Di daerah perkotaan, transportasi relatif lebih mudah diakses, selain jumlahnya yang banyak, angkutan umum cukup sering melewati jalan utama dan kampung. Selain Puskesmas, ada beberapa klinik dokter dan bidan di Kecamatan Praya. Biaya angkutan umum berkisar antara Rp. 2.000,- hingga Rp. 5.000,- sedangkan biaya ojek jauh lebih mahal dan sesuai dengan kesepakatan.

Persepsi masyarakat tentang biaya transportasi yang dikeluarkan untuk menjangkau Puskesmas di tujuh wilayah penelitian, secara umum masih mahal. Mahalnya biaya transportasi menuju fasilitas kesehatan dikeluhkan juga oleh beberapa perempuan seperti yang diungkapkan oleh Marjah<sup>31</sup> dan beberapa perempuan lain dari Desa Ketare berikut ini:

---

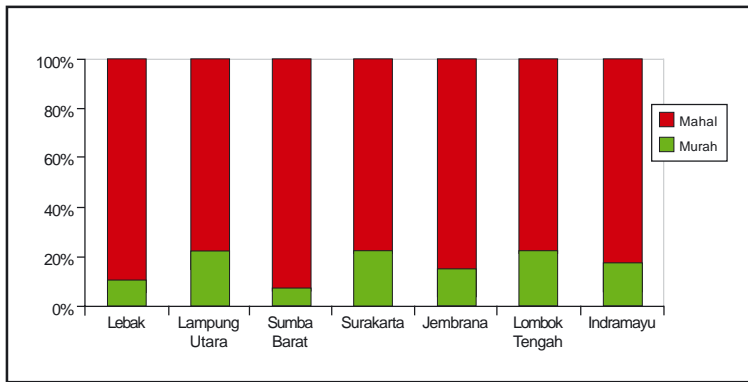
<sup>31</sup> Wawancara dengan Marjah, 17 April 2007.

“Untuk makan saja kita sulit, apalagi untuk bayar ojek...kalau tidak sakit parah saya tidak bawa keluarga ke Puskesmas. Kalau diam di rumah juga bisa baik, banyak istirahat saja.”

“Edak piye kepeng, mun araq kepeng jak bagusen beli beras kance pak....ite jak dengan jeleng, edak piye elen pengawean.”<sup>32</sup>

“Uang sebesar itu lebih baik saya gunakan untuk membeli makanan daripada untuk ke Puskesmas.”<sup>33</sup>

**Grafik 3.6**  
**Persepsi Masyarakat tentang Biaya Transportasi ke Puskesmas**



Ungkapan tersebut di atas menyiratkan bahwa biaya transportasi masih membebani keluarga miskin. Hal itu seperti yang tampak dari grafik di atas, masalah biaya merupakan beban bagi masyarakat miskin di seluruh wilayah penelitian. Misalnya, ongkos ojek yang berkisar antara Rp. 5.000,- hingga Rp. 30.000,- (seperti yang harus dibayarkan penduduk dusun terpencil di Desa Ketare, Kelurahan Gerunung, dan Desa Sengkol jika pergi ke fasilitas kesehatan yang ada) hampir sama dengan upah satu hari bekerja di sawah bagi buruh perempuan.

Untuk wilayah kabupaten Jembrana, selain masalah jarak, masalah utama adalah ketersediaan tenaga kesehatan dan kelengkapan peralatan di fasilitas kesehatan. Jaminan kesehatan masyarakat yang memberikan layanan secara gratis tidak serta merta menyelesaikan masalah keluarga miskin. Masyarakat Jembrana banyak yang mengakses pelayanan kesehatan terkait dengan KIA di RSUD. Mereka terdorong untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan maternal tersebut dikarenakan terdapat, antara lain, kelengkapan peralatannya, penanganan oleh dokter ahli, dan fasilitas JKJ Paripurna. Fasilitas tersebut memberikan pelayanan standar untuk persalinan dengan dibantu oleh dokter ahli. Fasilitas tersebut membuat masyarakat tidak lagi berpikir tentang biaya persalinan, biaya kamar, biaya jasa dokter ahli, dan obat-obatan yang dibutuhkan lainnya, namun lebih pada ketersediaan peralatan.

<sup>32</sup> Tidak ada uang, walaupun ada lebih baik untuk membeli beras dan lauk, kami orang miskin, *ndak* punya pekerjaan.

<sup>33</sup> Wawancara dengan Marian dari Dusun Embung Rungkas, Desa Ketare, 19 April 2007.



Selain itu, masyarakat memanfaatkan pelayanan di RSUD karena kondisi kesehatan yang membuatnya harus dirujuk ke rumah sakit. Rujukan tersebut disebabkan, antara lain, oleh tidak adanya peralatan di fasilitas layanan kesehatan pertama dan juga diperlukannya layanan oleh dokter ahli. Namun, sebagian masyarakat mengalami beberapa hambatan dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan di RSUD, antara lain, faktor jarak yang jauh, tidak mempunyai kendaraan pribadi, tidak tersedia alat transportasi umum. Faktor lain yang juga menghambat masyarakat untuk mengakses pelayanan kesehatan di RSUD adalah karena biaya yang mahal. Hal ini disebabkan tidak adanya fasilitas JKJ untuk rawat jalan, seperti pemeriksaan kehamilan atau lainnya selain untuk rawat inap.

Berbeda dengan pelayanan kesehatan di Surakarta. Penduduk yang memanfaatkan rumah sakit, baik berkunjung rawat jalan maupun rawat inap, selama tahun 2006 adalah 553.161 orang. Jumlah ini lebih besar daripada jumlah penduduk Kota Surakarta (512.898 jiwa, 2006). Hal ini dimungkinkan karena rumah sakit di Kota Surakarta tidak hanya melayani penduduk Kota Surakarta, tetapi juga dari wilayah di sekitar Surakarta. Pilihan ini menunjukkan bahwa masalah ketersediaan peralatan menjadi dasar pemilihan akses seperti halnya di Jember. Rata-rata mereka yang berasal dari luar Kota Surakarta memilih untuk memanfaatkan pelayanan fasilitas kesehatan yang ada di Surakarta karena pertimbangan kelengkapan peralatan dan kualitas tenaga medis yang melayani pasien. Bagi keluarga miskin tentu saja masalah transportasi akan menjadi beban, karena fasilitas terdekat peralatannya tidak mampu melayani masyarakatnya.

Seperti pengakuan Ani penderita penyakit tukak lambung kronis dari Wonogiri. Ani telah setahun menjalani pengobatan namun belum juga sembuh, akhirnya disarankan berobat ke Rumah Sakit Brayat Minulyo karena pertimbangan kelengkapan fasilitas dan peralatan. Rumah Sakit Brayat Minulyo yang dikelola oleh swasta juga melayani Askes swasta, sehingga dimungkinkan adanya kebijakan pembayaran yang lebih murah. Sementara itu, hasil wawancara menunjukkan bahwa rata-rata perempuan di wilayah penelitian menjadikan rumah sakit sebagai tempat rujukan terakhir setelah mendapatkan pelayanan pengobatan di tingkat yang lebih rendah yakni Puskesmas, Pustu atau Pusling. Hal ini mengingat letak rumah sakit yang tergolong jauh dari tempat tinggal perempuan di wilayah penelitian dibandingkan dengan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya yakni Puskesmas ataupun bidan. Untuk menjangkau fasilitas rumah sakit, baik yang dikelola pemerintah ataupun swasta, masyarakat harus mengeluarkan biaya transportasi minimal Rp. 5.000,- hingga Rp. 15.000,- (untuk becak), sedangkan jika menggunakan biskota biaya yang dibutuhkan minimal Rp. 4.000,- untuk pulang-pergi. Hal lain yang membuat masyarakat menjadikan rumah sakit sebagai tempat rujukan terakhir adalah karena faktor waktu tunggu. Rata-rata waktu tunggu di tingkat rumahsakit juga lebih lama dibandingkan dengan di Puskesmas atau bidan.

Sementara itu di Kabupaten Lampung Utara, masalah akses ke fasilitas kesehatan muncul, baik dari sisi jarak yang mempengaruhi biaya transportasi dan waktu tempuh maupun keamanan. Dari segi biaya transportasi menuju rumah sakit di Kecamatan Kota-bumi berkisar Rp. 2.000,- (naik bemo) hingga Rp. 20.000,- tergantung pada jauh tidaknya dari rumah penduduk dan juga alat transportasi yang mereka pakai apakah becak, bemo



atau biskota. Fasilitas kesehatan dari Rumah Sakit Umum (RSU), baik yang dikelola pemerintah maupun swasta, memberikan pelayanan gratis bagi peserta Askeskin atau pemegang SKTM, baik untuk pemeriksaan kehamilan, persalinan, pengobatan penyakit maupun pelayanan imunisasi dan KB. Namun demikian, dari hasil wawancara dengan beberapa perempuan di wilayah penelitian terungkap bahwa mereka mengaku sangat jarang pergi ke rumah sakit daerah apabila tidak benar-benar terpaksa karena sakit parah atau dirujuk oleh Puskesmas.

Faktor jauhnya rumah sakit dari tempat tinggal menyebabkan mereka enggan mengeluarkan biaya transportasi (walaupun mereka menerima pelayanan gratis Askeskin). Perempuan di wilayah penelitian Hanakau Jaya di Kecamatan Sungkai Utara dan juga perempuan di wilayah penelitian Tulungmili (Kotabumi Ilir), misalnya, mengakui enggan pergi ke rumah sakit karena harus lama menunggu biskota yang hanya lewat dua kali dalam sehari, pagi dan siang atau sore. Selain itu jalan yang harus ditempuh menuju pusat kota cukup jauh, terkadang harus melintasi jalan setapak di antara perkebunan milik penduduk yang sepi dan gelap tanpa penerangan listrik.

Hal lain yang menjadi kendala penduduk bila ingin mengakses fasilitas rumah sakit di kota adalah faktor keamanan. Di wilayah penelitian Tulungmili Kelurahan Kotabumi Ilir, beberapa perempuan mengakui enggan pergi jauh untuk berobat karena alasan keamanan. Di kawasan penelitian Tulungmili yang relatif sepi dan melalui jalan setapak di areal perkebunan ini seringkali terjadi penodongan, perampasan ataupun juga perampokan. Peristiwa yang paling sering terjadi adalah perampasan sepeda motor dan benda-benda berharga milik korban. Kawasan tersebut rawan kejahatan karena tidak adanya penjagaan dari aparat kepolisian pasca konflik antara polisi dan masyarakat adat di daerah Kotabumi Ilir. Kondisi ini menjadi kendala tersendiri bagi masyarakat yang ingin pergi menuju desa lainnya, terutama kaum perempuan. Ada anjuran yang diketahui secara umum untuk tidak mengizinkan perempuan pergi sendiri keluar rumah karena alasan keamanan. Sehingga banyak di antara kaum perempuan menyatakan lebih memilih melakukan pengobatan sendiri saat mengalami keluhan kesehatan tertentu.

Guna melihat sejauh mana keberadaan fasilitas layanan kesehatan yang ada telah mampu memenuhi kebutuhan masyarakat terhadap fasilitas kesehatan, salah satunya dapat diukur dengan melihat indikator ketersediaan fasilitas kesehatan. Indikator ini berupaya mengukur bagaimana ketersediaan fasilitas kesehatan yang dari tinjauan jumlah ketersediaan serta tingkat kemudahan diakses.

Merujuk pada data di Tabel 3.9. dapat dilihat bahwa tidak semua fasilitas yang ada dapat diakses oleh masyarakat dengan mudah baik karena kendala jauhnya tempat, keterbatasan sarana transportasi yang tersedia maupun juga keterbatasan ekonomi yang membuat penduduk memilih untuk tidak memanfaatkan layanan yang tersedia di fasilitas kesehatan tersebut.

Keberadaan sebuah rumah sakit yang dikelola oleh pemerintah dimaksudkan untuk melayani penduduk yang ada di kurang lebih 16 kecamatan dan 230 desa. Dari jumlah ini ternyata ada 40% desa (sejumlah 92 desa) yang masuk dalam kategori sulit mengakses

**Tabel 3.9.**  
**Banyaknya Desa yang Tidak Memiliki Sarana Kesehatan menurut**  
**Kecamatan dan Kemudahan Mencapai Sarana**

No.	Kecamatan	RS		RS Bersalin		Poliklinik/ Balai Pengobatan		Puskesmas	
		Mudah	Sulit	Mudah	Sulit	Mudah	Sulit	Mudah	Sulit
1.	Bukit Kemuning	3	5	2	5	4	3	5	2
2.	Abung Tinggi	1	7	1	7	6	2	5	2
3.	Tanjung Raja	5	13	9	8	5	12	11	6
4.	Abung Barat	16	7	19	3	19	3	19	3
5.	Abung Tengah	7	13	7	13	6	12	7	12
6.	Kotabumi	11	2	11	2	6	2	10	1
7.	Kotabumi Utara	8	0	8	0	7	0	7	0
8.	Kotabumi Selatan	8	5	8	5	7	5	8	4
9.	Abung Selatan	13	2	12	1	11	0	13	0
10.	Abung Semuli	5	1	5	1	6	0	4	0
11.	Abung Timur	10	2	10	2	10	2	8	2
12.	Abung Surakarta	9	0	9	0	6	0	8	0
13.	Sungkai Selatan	26	0	26	0	26	0	24	0
14.	Muara Sungkai	3	7	3	7	3	7	9	0
15.	Bunga Mayang	5	5	5	5	4	5	6	2
16.	Sungkai Utara	8	23	8	23	21	6	25	3
<b>Jumlah</b>		<b>138</b>	<b>92</b>	<b>143</b>	<b>82</b>	<b>147</b>	<b>59</b>	<b>169</b>	<b>37</b>

*Sumber:* Lampung Utara dalam Angka Tahun 2006

layanan yang ada di rumah sakit tersebut. Untuk RS Bersalin jumlahnya mencapai 15 buah diharapkan mampu memberikan layanan untuk 225 desa yang ada di sekitarnya, namun dari jumlah tersebut 63,5% desa masuk dalam kategori mudah mengakses sedangkan 36,4% lainnya masuk dalam kategori sulit untuk mengakses fasilitas layanan bersalin tersebut. Poliklinik atau Balai Pengobatan yang ada di Kabupaten Lampung Utara berjumlah kurang lebih 27, dimaksudkan untuk memberikan layanan kepada 206 desa yang ada di sekitarnya. Dari total desa yang ada terdapat 147 desa (71%) yang masuk dalam kategori mudah mengakses, sedangkan sisanya yakni sebanyak 59 desa (29%) masuk dalam kategori desa yang sulit menjangkau fasilitas layanan tersebut.

Puskesmas di Kabupaten Lampung Utara total berjumlah 21 unit yang tersebar di 16 kecamatan dan diharapkan melayani paling tidak 206 desa yang ada di sekitarnya. Dari jumlah desa yang ada masih ada 37 desa (18%) yang sulit untuk mengakses layanan Puskesmas tersebut. Adapun bila dilihat di tingkat kecamatan terlihat bahwa Kecamatan Sungkai Utara yang secara geografis terletak paling jauh dari pusat kota (berbatasan dengan Kabupaten Way Kanan) tergolong paling banyak mengalami kesulitan untuk mengakses beberapa fasilitas kesehatan dasar yang tersedia di kabupaten Lampung Utara. Seperti terlihat dalam tabel di atas bahwa untuk fasilitas rumah sakit, hanya delapan desa (25%) dalam Kecamatan Sungkai Utara yang masuk kategori mudah mengakses layanan tersebut, sedangkan sebagian besar desa lainnya (75%) masuk dalam kategori sulit mengakses

fasilitas RS. Hal ini karena kondisi wilayah yang sebagian berada diantara perkebunan dimana jalan penghubung antar daerah belum terbangun dengan baik, kalaupun ada kondisinya tidak bagus (jalan berlumpur, berlubang-lubang, tergenang dan licin). Selain itu transportasi angkutan umum yang melintasi daerah perkebunan di Kecamatan Sungkai Utara sangat terbatas, biasanya hanya ada bis besar yang lewat dua kali dalam satu hari yakni di pagi hari atau sore hari. Kondisi yang sama juga terjadi untuk fasilitas RS Bersalin, hanya 25% desa di Kecamatan Sungkai Utara yang mampu mengakses layanan ini. Untuk fasilitas Poliklinik atau Balai Pengobatan maupun fasilitas Puskesmas sebagian besar desa di Kecamatan Sungkai Utara masuk dalam kategori mudah mengakses layanan.

Kecamatan Kotabumi yang menjadi daerah pusat pemerintahan Kabupaten Lampung Utara adalah kecamatan yang memiliki akses paling mudah jika dibandingkan dengan kecamatan lainnya. Kemudahan ini karena faktor ketersediaan sarana jalan yang memadai serta transportasi umum yang melintasi wilayah tersebut. Namun demikian masih juga ada beberapa desa yang merupakan bagian dari Kecamatan Kotabumi masuk dalam kategori desa yang sulit mengakses fasilitas layanan. Hal itu karena letaknya yang jauh atau berada diantara perkebunan penduduk dan belum terbangunnya sarana jalan serta terbatasnya transportasi angkutan umum yang melintasi.

Tabel 3.10. merupakan indikator ketersediaan untuk fasilitas kesehatan Pustu, tempat praktik dokter, tempat praktik bidan serta Posyandu.

**Tabel 3.10.**  
**Banyaknya Desa yang tidak Memiliki Sarana Kesehatan**  
**Menurut Kecamatan dan Kemudahan Mencapai Sarana**

No.	Kecamatan	Puskesmas Pembantu		Tempat Praktek Dokter		Tempat Praktek Bidan		Posyandu	
		Mudah	Sulit	Mudah	Sulit	Mudah	Sulit	Mudah	Sulit
1.	Bukit Kemuning	5	1	5	2	0	1	0	0
2.	Abung Tinggi	2	3	5	2	0	1	0	0
3.	Tanjung Raja	9	4	11	3	6	8	0	0
4.	Abung Barat	15	2	19	3	13	2	0	0
5.	Abung Tengah	8	6	7	12	7	6	0	0
6.	Kotabumi	5	0	4	2	5	0	4	0
7.	Kotabumi Utara	4	0	7	0	1	0	0	0
8.	Kotabumi Selatan	7	2	4	5	2	5	0	0
9.	Abung Selatan	4	0	7	0	1	0	0	0
10.	Abung Semuli	2	0	3	1	4	0	0	0
11.	Abung Timur	2	0	10	2	8	2	0	0
12.	Abung Surakarta	2	0	7	0	3	0	1	0
13.	Sungkai Selatan	23	0	23	0	16	0	3	0
14.	Muara Sungkai	8	0	10	0	6	0	0	0
15.	Bunga Mayang	7	0	6	2	3	0	0	0
16.	Sungkai Utara	7	0	6	2	3	0	0	0
<b>Jumlah</b>		128	20	157	40	94	28	8	0

Berdasarkan Tabel 3.10. dapat dilihat bahwa sebagian besar desa yang ada di 16 kecamatan dapat mengakses fasilitas layanan kesehatan yang ada, meliputi Pustu, tempat praktik dokter, tempat praktik bidan serta Posyandu. Namun ada satu desa yang tergo-long paling sulit untuk mengakses fasilitas kesehatan, yakni desa di Kecamatan Abung Tengah untuk fasilitas praktek dokter. Adapun untuk fasilitas tempat praktek bidan, desa di Kecamatan Abung Barat termasuk dalam kategori yang paling sulit mengakses fasilitas tersebut. Adapun untuk fasilitas kesehatan Polindes, apotik serta toko khusus obat atau jamu secara umum banyak desa di 16 kecamatan yang mampu menjangkau fa-silitas ini dengan mudah, seperti terlihat dalam Tabel 3.11.

**Tabel 3.11.**  
**Banyaknya Desa yang Tidak Memiliki Sarana Kesehatan**  
**Menurut Kecamatan dan Kemudahan Mencapai Sarana**

No.	Kecamatan	Polindes		Apotik		Toko Khusus Obat/Jamu	
		Mudah	Sulit	Mudah	Sulit	Mudah	Sulit
1.	Bukit Kemuning	4	3	4	3	4	3
2.	Abung Tinggi	6	2	6	2	6	2
3.	Tanjung Raja	2	0	5	13	5	10
4.	Abung Barat	10	2	18	5	18	4
5.	Abung Tengah	7	6	7	13	7	13
6.	Kotabumi	8	1	8	2	9	2
7.	Kotabumi Utara	7	0	8	0	7	0
8.	Kotabumi Selatan	8	4	8	5	7	5
9.	Abung Selatan	10	0	14	1	12	2
10.	Abung Semuli	5	0	5	1	5	1
11.	Abung Timur	4	0	10	2	10	2
12.	Abung Surakarta	4	1	9	0	6	1
13.	Sungkai Selatan	10	0	26	0	26	0
14.	Muara Sungkai	3	7	3	7	3	7
15.	Bunga Mayang	7	0	6	4	9	0
16.	Sungkai Utara	24	3	9	22	9	22
<b>Jumlah</b>		119	29	146	80	143	74

Dari Tabel 3.11. terlihat bahwa desa-desa di Kecamatan Tanjung Raja, Abung Tengah, Muara Sungkai serta Sungkai Utara masuk dalam kategori sulit mengakses fasilitas kese-hatan yang ada.

### A. Masalah Pelayanan Fasilitas Kesehatan

Tabel 3.12. menunjukkan akses pada fasilitas kesehatan di Kabupaten Sumba Barat. Secara umum rata-rata jumlah kunjungan masyarakat Sumba Barat ke Puskesmas baru diketahui sebesar 61,37%. Apabila dirinci dari wilayah kerja Puskesmas, empat kecamatan atau 23,5% di Kabupaten Sumba Barat memiliki target di atas 100% kunjungan Puskesmas

**Tabel 3.12.**  
**Kunjungan ke Puskesmas di Kabupaten Sumba Barat**

No.	Kecamatan	Jumlah Penduduk	Kunjungan Puskesmas			
			Rawat Jalan	Rawat Inap	Jumlah	Presentase
1.	Umbu Ratu Nggay	11.091	13.353	107	13.460	121,36
2.	U R Nggay Barat	14.819	6.176	-	6.176	41,68
3.	Katikutana	18.154	29.359	186	29.545	162,75
4.	Loli	24.266	-	-	-	0,00
5.	Kota Waikabubak	24.197	24.138	-	24.138	99,76
6.	Wanokaka	13.301	6.593	91	6.684	50,25
7.	Lamboya	21.444	8.876	-	8.876	41,39
8.	Wewewa Utara	10.515	15.611	-	15.611	148,46
9.	Wewewa Timur	48.667	15.033	-	15.033	30,89
10.	Wewewa Barat	41.646	22.888	-	22.888	54,96
11.	Wewewa Selatan	19.584	12.060	31	12.091	61,74
12.	Loura	26.737	30.623	-	30.623	114,53
13.	Mamboro	12.696	9.642	83	9.725	76,60
14.	Tana Righu	15.301	10.961	-	10.961	71,64
15.	Kodi	27.284	3.552	8	3.560	13,05
16.	Kodi Utara	40.021	13.288	-	13.288	33,20
17.	Kodi Bangendo	30.537	22.996	-	22.996	75,31
<b>Sumba Barat</b>		<b>400.260</b>	<b>245.149</b>	<b>506</b>	<b>245.655</b>	<b>61,37</b>

*Sumber:* BPS Sumba Barat 2006.

dilihat dari total jumlah penduduk di kecamatan tersebut. Sisanya, tujuh kecamatan belum memenuhi target kunjungan rata-rata kabupaten. Faktor penyebabnya adalah keterbatasan masyarakat untuk mengakses fasilitas kesehatan, antara lain, jarak dan waktu tempuh, sarana transportasi, biaya transportasi, biaya untuk sekali berobat, pandangan terhadap harga obat, dan pengetahuan masyarakat tentang kesehatan.

Dinas Kesehatan mengakui bahwa jika target pelayanan kepada masyarakat masih rendah, dan dalam situasi tersebut, layanan Puskesmas perlu untuk “jemput bola”, seperti berikut ini:

“Misalnya kalau ada target sekian, jalankan, bagaimanapun caranya. Kalau pelayanan tidak terjangkau, mereka harus kerjakan, misalnya dengan jangkauan daerah terpencil atau dengan sistem lain. Di Sumba sebenarnya tidak bermasalah, semua dapat dijangkau dari pelayanan. Tidak ada yang tidak dapat dijangkau. Tetapi kalau ada, saya tidak dapat menyangkal karena manusia kadang-kadang malas.”<sup>34</sup>

Begitu juga dengan keterbatasan perempuan dalam mengakses Puskesmas. Untuk mengantisipasi posisi kampung yang tinggi dan jauh, Bides harus lebih proaktif untuk memberikan pelayanan. Sebagaimana penuturan Kasubdin Yankes berikut ini:

<sup>34</sup> Wawancara Subdin Yankes, Barnabas Bernabu, 11 Desember 2007

“Biasa mereka ke sana, sudah ada Bides. Tidak ada alasan untuk tidak naik, itu harus. Kalau tidak, bagaimana akses pelayanan itu dapat jalan? Dapat dengan cara digotong kalau tidak dapat jalan sendiri. Walaupun masih ada yang belum terlayani, itu tergantung dari nurani orang yang memberikan pelayanan juga.”<sup>35</sup>

Kategori pasien yang dilayani Puskesmas terdiri atas empat, yaitu pasien umum, pasien Askes, pasien Askeskin, dan pasien SKTM yang berasal dari desa. Rata-rata biaya rawat jalan bagi pasien umum di Puskesmas berkisar Rp. 3.600 (sudah termasuk biaya pemeriksaan dan obat). Dalam sasaran program Askeskin secara nasional tahun 2007, jumlah penduduk miskin Kabupaten Sumba Barat sebanyak 383.200 atau 95,7% dari total jumlah penduduk yang ada. Dari total penduduk miskin tersebut, menurut Bonar Sinaga M. Kes, PLT Dinas kesehatan, kuota Askeskin yang diperoleh Kabupaten Sumba Barat sebanyak 366.387 dari total 400.260 jiwa atau 91,5% penduduk yang telah mendapatkan manfaat dari Askeskin. Selebihnya, masyarakat dapat membuat SKTM melalui desa atau membayar sendiri, jika Askeskin belum diperoleh masyarakat.

“Askeskin sesuai petunjuk pelaksanaannya untuk masyarakat miskin, tidak ada perbedaan antara laki-laki dan perempuan. Jika datang dengan membawa kartu miskin, semua akan dilayani. Kuota terakhir 366.387 jiwa. Walaupun dengan angka statistik jauh lebih rendah, tetapi selalu mengacu ke Depkes dan secara pendataan memang harus diperbaiki.... yang belum dapat solusinya..... Ini harus kita lihat, dari aspek pendataan sebenarnya mereka masuk, mungkin saja pada waktu pendataan dia terlewatkan. Pada prinsipnya, jika benar-benar miskin dan memiliki kartu miskin akan dilayani secara gratis. Tetapi di Sumba Barat sekitar 80-90% telah terlindungi oleh Askeskin.”<sup>36</sup>

Sementara itu dari data cakupan pelayanan kesehatan keluarga miskin pada masing-masing Puskesmas, terlihat pada Tabel 3.13.

Dari Tabel 3.13. terlihat keluarga miskin di Sumba Barat pada tahun 2006 yang terlindungi asuransi kesehatan hanya sebesar 65,5%, masih ada 34,5% keluarga miskin yang belum mendapatkan jaminan pelayanan kesehatan. Data ini belum sesuai dengan jumlah yang dikatakan oleh PLT Kepala Dinas Kesehatan Sumba Barat yang telah memberikan (tanggungan) asuransi kepada hampir 90% penduduk miskin yang ada. Pada saat kajian ini dilakukan, tampak bahwa pendistribusian kartu Askeskin di beberapa desa terpencil seperti Desa Gaura menunjukkan bahwa ada masyarakat belum menerima kartu Askeskin. Masyarakat miskin masih menggunakan kartu kuning atau kartu Jaring Pengaman Sosial (JPS) yang lama sebagai bukti saat mereka melakukan pemeriksaan kesehatan, baik di tenaga medis maupun fasilitas kesehatan yang ada. Sesuai dengan instruksi Dinas Kesehatan kartu JPS memang masih dapat berlaku di Puskesmas, Pustu, dan Polindes yang ada. Kepala desa mengakui telah melakukan penambahan asuransi kesehatan bagi keluarga

---

<sup>35</sup> *Ibid*

<sup>36</sup> Wawancara Kadis Dinas Kesehatan Sumba Barat, Bonar Sinaga M. Kes., 11 Desember 2007.

**Tabel 3.13.**  
**Layanan Fasilitas Puskesmas**

No.	Kecamatan	Puskesmas	Jumlah KK Miskin	KK Miskin yang Mendapat Yankes	
				Jumlah	Presentase
1.	Umbu Ratu Nggay	Maradesa	1.128	738	65,426
2.	U R Nggay Barat	Lendiwacu	1.899	1.243	65,46
3.	Katikutana	Wairasa	6.468	4.234	65,46
4.	Loli	Tanarara	1.987	1.301	65,48
5.	Kota Waikabubak	Puuweri	4.598	3.010	65,46
6.	Wanokaka	Lahihuruk	3.036	1.987	65,45
7.	Lamboya	Kabukarudi	5.573	3.648	65,46
8.	Wewewa Utara	Palla	3.838	2.513	65,48
9.	Wewewa Timur	Tenggaba	5.080	3.326	65,47
10.	Wewewa Barat	Waingamura	6.023	3.943	65,47
11.	Wewewa Selatan	Tenateke	1.877	1.229	65,48
12.	Loura	Radamata	5.365	3.512	65,46
13.	Mamboro	Mananga	1.976	1.294	65,49
14.	Tana Righu	Malata	3.203	2.097	65,47
15.	Kodi	Waladimu	7.417	4.856	65,47
16.	Kodi Utara	Bondokodi	4.975	3.257	65,47
17.	Kodi Bangendo	Kori	3.214	2.104	65,46
<b>Sumba Barat</b>			<b>67.657</b>	<b>44.292</b>	<b>65,47</b>

Sumber: Dinas Kesehatan Sumba Barat 2006.

miskin yang belum terdata. Dari pengakuan beberapa perempuan miskin yang diwawancara, sebelum mendapat kartu Askeskin, mereka masih membayar biaya pelayanan Puskesmas sesuai dengan tarif yang berlaku di Puskesmas. Bahkan masyarakat tidak pernah tahu kriteria yang jelas dari keluarga miskin, karena mereka hanya tahu menjadi penerima Askeskin saat petugas dari desa mendatangi mereka.

Survei di Kabupaten Lombok Tengah tentang pilihan masyarakat, baik laki-laki maupun perempuan, pada tempat berobat untuk penyakit-penyakit umum terlihat pada Tabel 3.14.

Dari Tabel 3.14. terlihat bahwa perilaku masyarakat, baik laki-laki maupun perempuan, untuk menyembuhkan diri sendiri (*self-medication*) masih cukup tinggi, ditunjukkan dengan upaya memilih dan membeli obat sendiri untuk menyembuhkan penyakit mereka.

**Tabel 3.14.**  
**Pilihan Tempat Berobat Masyarakat Lombok Tengah**

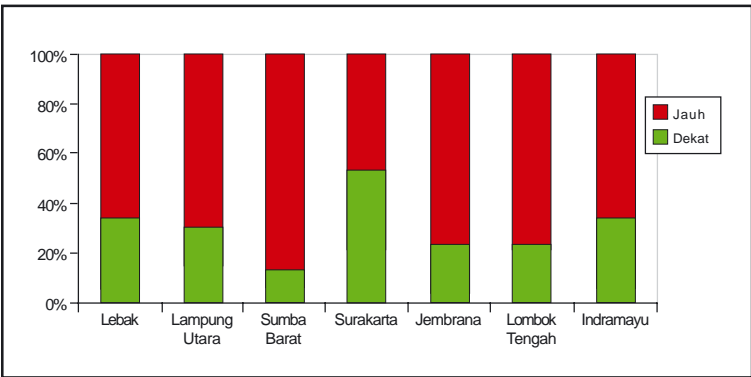
Tempat Berobat	Laki-Laki Persentase (%)	Perempuan Persentase (%)
Puskesmas	34,5	36,5
Klinik/dokter/bidan	17,6	22,6
Beli obat/lainnya	46,2	36,5
Tidak diobati	1,7	4,4
Total	100,0	100,0



Sebanyak 38,7% laki-laki mengeluarkan biaya sebesar kurang dari Rp. 10.000,- artinya 31,1% rata-rata membayar Rp. 10.000,- hingga Rp. 30.000,- dan 16% mengaku tidak membayar biaya pengobatan karena menggunakan Askeskin, SKTM, maupun jaminan lainnya. Pada kaum perempuan tidak jauh berbeda dari segi biaya yang dikeluarkan untuk pengobatan. Sebanyak 40,2% mengeluarkan biaya kurang dari Rp. 10.000,-.

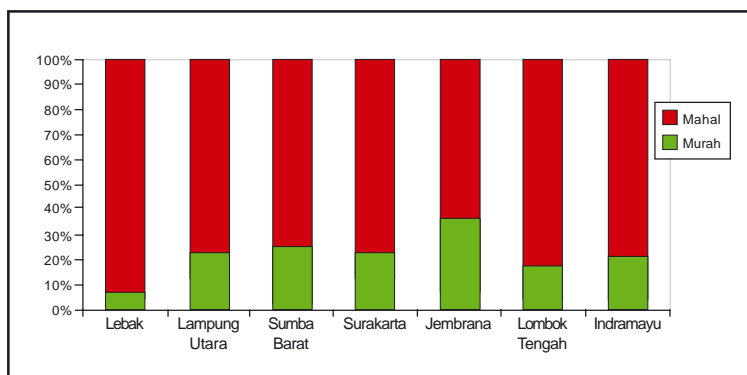
Untuk biaya pelayanan KIA seperti persalinan, sesuai dengan SK Bupati Tahun 2003, telah diberikan secara gratis bagi semua perempuan di Puskesmas dan Polindes dengan membawa kartu KIA. Biaya persalinan, dengan demikian akan menjadi sangat murah jika dilihat hanya dari SK Bupati. Dari hasil penelitian WRI, sebanyak 49% ibu hamil masih mengeluarkan biaya kurang dari Rp. 300.000,- untuk biaya persalinan, 11% mengeluarkan biaya Rp. 300.000,- hingga Rp. 500.000,- dan 10% mengeluarkan biaya antara Rp. 800.000,- hingga Rp 1.000.000,-. Hanya 30% perempuan yang tidak mengeluarkan biaya karena menggunakan kartu Askeskin, SKTM, dan asuransi lainnya. Dalam hal pilihan tenaga kesehatan untuk membantu persalinan, maka bidan telah menjadi pilihan utama penolong persalinan (sekitar 70%). Sisanya atau sekitar 30% persalinan masih dibantu dukun dengan alasan biaya lebih murah dan pelayanannya lebih lengkap dibandingkan dengan melahirkan dibantu bidan. Kelebihan lainnya dari melahirkan dibantu dukun adalah pasien tidak harus mengeluarkan biaya-biaya ekstra seperti transportasi dan makan. Biaya persalinan dibantu dukun biasanya Rp. 5.000,- hingga Rp. 30.000,- ditambah daun sirih dan beras. Terkadang ada pasien yang memberikan tambahan kain. Ini masih jauh lebih murah dibandingkan dengan mengeluarkan biaya Rp. 100.000,- hingga Rp. 200.000,- untuk pelayanan yang diberikan Bides, atau Rp. 200.000,- hingga Rp. 1.000.000,- untuk bidan praktik.

**Grafik 3.7**  
**Persepsi Masyarakat tentang Jarak Tempuh ke Bidan**



Di Lombok Tengah, perempuan yang menjadi subjek penelitian ini mengaku jika melakukan persalinan di bidan berarti ada biaya tambahan, yakni biaya makan selama di rumah bidan (baik untuk pasien maupun keluarganya), ditambah biaya transportasi bolak-balik untuk keluarga pasien serta biaya dukun yang mengantar dan menemani selama di

**Grafik 3.8**  
**Persepsi Masyarakat tentang Biaya Transportasi ke Bidan**



### Patisina

(Dusun Golulowo, Desa Kalembo Kuni, Kecamatan Kota Waikabubak, Sumba Barat)

*“Kalau Lapar, Kenapa Harus ke Bidan?”*

Patisina diwawancarai di Dusun Golulowo bisa ditempuh dengan berjalan kaki kurang lebih 30 menit atau menggunakan ojek dengan membayar Rp. 5.000,-. Dusun ini tepatnya terletak di Desa Kalembo Kuni berjarak kurang lebih 7 km dari pusat Kota Waikabubak. Di rumah berukuran 6x6 m berlantai tanah dan berdinding bambu, Patisina hidup bersama dengan enam anggota keluarga lainnya. Pada usianya yang 27 tahun Patisina mengaku pernah hamil sebanyak enam kali dengan kelahiran hidup sebanyak empat orang dan dua kali mengalami keguguran.

Di pagi buta Patisina sudah harus bangun memasak untuk semua anggota keluarganya. Sebelum pergi ke kebun ia harus memastikan sudah melakukan kebiasaan sehari-hari seperti mengambil air bersih untuk memasak yang jaraknya sangat jauh. Patisina harus menempuh waktu sekitar 90 menit pulang pergi untuk mendapatkan air, dengan membawa ember dijunjung di atas kepala dan dua jerigen minyak tanah berisi 5 liter. Persediaan air ini biasa habis antara 2-3 hari dan Patisina harus kembali mengambil air tersebut. Di saat hamil pun aktivitas mengambil air tetap dilakukannya, setelah itu Patisina akan berangkat ke kebun untuk membantu suaminya membersihkan kebun, menanam sayur dan beberapa umbi-umbian yang bisa hidup di lahan kering. Seringkali Patisina akan membawa ubi hasil kebun yang diolahnya dengan cara memasak dan menjemurnya kembali di terik matahari, dan persediaan ubi itu biasa diberikan kepada keluarganya di waktu sore sepulang dari kebun sambil meminum kopi atau saat persediaan beras sudah tidak mereka miliki,

ubi tersebut menjadi pengganti nasi bagi keluarga mereka. Kemiskinan membuat Patisina juga harus bekerja keras membantu suaminya di kebun yang jaraknya cukup jauh dari rumah mereka.

Tergolong sebagai keluarga miskin yang memiliki kartu Askeskin. Patisina dan suaminya bekerja sebagai petani sayuran, pisang dan umbi-umbian. Di musim hujan, kebun mereka bisa ditanami padi yang dapat menopang mereka untuk bertahan hidup selama enam bulan. Di musim lapar (kemarau), Patisina harus rela bekerja lebih keras menanam sayuran yang kelak dijual dan ditukar beras. Seperti ungkapan Patisina saat ditanya pendapatan yang dihasilkannya dari menjual sayuran:

*"Hasilnya tidak seberapa menjual sayur, cuma Rp. 20.000,- satu kali jual. Tapi mau dapat uang dari mana, kami tak punya barang dan babi... kalau uang tak ada kami biasa makan ubi hasil tanam."*

Menurut Patisina dua kali peristiwa keguguran yang dialaminya, disebabkan oleh karena ia sangat lelah bekerja di kebun. Sekalipun mengalami pendarahan yang cukup banyak, tetapi Patisina hanya memeriksakan keadaan kesehatannya pada dukun di kampungnya. Jarak yang dekat juga menjadi alasan Patisina mengakses ke dukun. Beberapa masalah kesehatan reproduksi yang pernah dialaminya, antara lain, pernah mengalami sakit nyeri pada alat kelaminnya, gatal pada alat kelamin, keputihan, dan nyeri perut bagian bawah. Semua masalah kesehatan tersebut tidak juga diperiksa ke fasilitas pelayanan kesehatan.

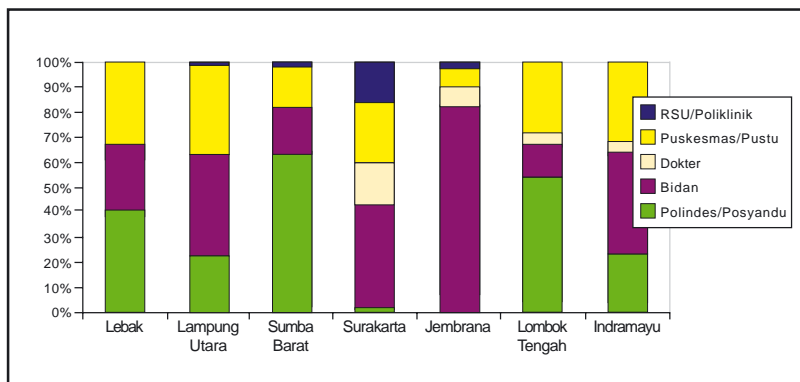
Dengan hanya dibantu oleh dukun, Patisina melahirkan di rumah, persalinan berjalan normal, tidak terlalu sulit mengeluarkan bayi keempatnya. Tetapi Patisina mengalami pendarahan yang cukup banyak pasca anaknya lahir, kemudian dukun memberikan kunyahan daun sirih yang diberi doa untuk dimakan oleh Patisina. Setelah membantu membersihkan bayi dan menidurkannya di lantai beralaskan kain tepat di samping Patisina, dukun pun pamit pulang dan berjanji akan melihat keadaan Patisina setiap hari karena rumah dukun tidak jauh dari rumah Patisina. Suami Patisina kemudian memberi uang sebesar Rp. 100.000,- kepada dukun.

Selama masa nifas, Patisina hanya bisa terbaring lemah dan tidak banyak melakukan aktivitas, badannya terasa sangat sakit, karena beberapa masalah dialaminya, antara lain, selama lebih dari seminggu mengalami pendarahan yang cukup banyak, kira-kira lebih dari tiga kain per hari, badannya sering demam sangat tinggi, juga bau yang tidak sedap keluar dari jalan lahirnya dan payudaranya terasa sakit dan nyeri. Akibat kondisi kesehatannya, hampir dua minggu Patisina terbaring dan istirahat di rumah. Ditambah dengan kondisi ekonominya yang serba kekurangan, Patisina juga tidak memeriksakan keadaan kesehatannya ke bidan. Ia hanya datang pasca minggu ke tiga di jadwal Posyandu untuk memeriksakan bayinya.

rumah bidan. Dengan biaya-biaya tambahan yang cukup banyak itu akhirnya banyak perempuan miskin lebih memilih melahirkan di rumah dan dibantu oleh dukun. Oleh karena belum ada mekanisme untuk menampung keluhan terhadap kualitas pelayanan kesehatan, termasuk jenis obat yang diberikan kepada masyarakat, membuat masyarakat terutama kelompok perempuan miskin tidak memiliki pilihan selain fasilitas kesehatan yang tersedia. Perempuan miskin cenderung menerima pelayanan apa pun yang bisa diperoleh karena tidak ada pilihan selain fasilitas yang ada dan dapat mereka jangkau secara ekonomi.

Berikut ini adalah hasil survei yang dilakukan terhadap perempuan untuk mengetahui pilihan tempat pelayanan kesehatan yang dikunjungi pada saat kehamilan.

**Grafik 3.9.**  
**Pilihan Tempat Pelayanan Kesehatan pada Saat Kehamilan**



Grafik 3.9. menunjukkan bahwa pilihan masyarakat untuk pemeriksaan kehamilan lebih banyak dilakukan di Posyandu atau Polindes (Kabupaten Lebak, Lampung Utara, Sumba Barat, Lombok Tengah, dan Indramayu) sementara di Surakarta dan Jembrana, perempuan lebih banyak mengakses bidan untuk pemeriksaan kehamilan. Ada berbagai faktor yang melatarbelakangi pilihan perempuan terhadap fasilitas pelayanan kesehatan untuk pemeriksaan kehamilan, antara lain, jarak, waktu tempuh, biaya serta kualitas pelayanan yang diberikan, unsur dorongan keluarga, kebiasaan atau pengalaman yang pernah dirasakan pada saat mengakses fasilitas pelayanan tertentu.

Di Lombok Tengah, ketidakpuasan terhadap pelayanan yang diberikan Puskesmas menyebabkan kaum perempuan enggan mengakses fasilitas yang ada pada saat hamil maupun sakit. Ketidakpuasan tersebut di antaranya berasal dari sisi pemberian obat, pasien cenderung merasa sering menerima jenis obat yang sama untuk beberapa jenis penyakit yang berbeda (*obat pelangi*). Informasi mengenai khasiat obat dan jenis obat yang diterima saat pengobatan belum banyak diberikan. Pasien hanya diberi penjelasan berkaitan dengan waktu dan cara minum obat. Pasien sendiri tidak terbiasa bertanya tentang kegunaan obat tersebut dan merasa harus patuh kepada tenaga medis. Alasannya tenaga medis pasti lebih paham mengenai jenis obat yang tepat bagi pasien. Begitu juga dengan penyakit. Pasien mengaku sering tidak tahu dengan pasti jenis penyakit yang mereka derita. Banyak

perempuan miskin mengaku malu dan takut bertanya lebih jauh tentang penyakit mereka, sehingga apapun diagnosa tenaga medis terhadap penyakit yang mereka derita, mereka percayai sebagai benar. Dengan kata lain, tidak ada komunikasi yang terbangun antara pasien dan tenaga medis.

Ketidakpuasan pengguna jasa pelayanan RSUD banyak yang kemudian ditampung oleh rumah sakit swasta yang lebih mahal, namun pelayanannya lebih memuaskan karena cepat, ramah, dan fasilitasnya bagus. Kondisi ini membuat sebagian masyarakat di Kabupaten Jember juga memanfaatkan pelayanan kesehatan maternal di rumah sakit swasta. Pemilihan masyarakat pada rumah sakit swasta disebabkan mekanisme pelayanan yang mudah, ramah, cepat, dan tanggap terhadap kondisi pasien. Sementara itu, masyarakat kebanyakan tidak dapat mengakses pelayanan di rumah sakit swasta karena biaya pelayanan yang mahal, yaitu biaya jasa dokter sebesar Rp. 15.000,- hingga Rp. 20.000,- dan biaya rawat jalan sebesar Rp. 40.000,-.

Sama halnya dengan layanan di rumah sakit pemerintah di Surakarta. Pihak swasta juga memberikan pelayanan pemeriksaan kesehatan ibu. Misalnya, pemeriksaan ibu hamil, pelayanan ibu melahirkan, pelayanan nifas, pelayanan kesehatan reproduksi, dan pelayanan KB. Pelayanan pemeriksaan ibu hamil berupa menimbang berat badan, mengukur tekanan darah, mengukur tinggi badan, pemeriksaan *fundus*, penyuluhan gizi, dan imunisasi TT. Pelayanan ibu melahirkan meliputi pemeriksaan ibu, persalinan, dan perawatan ibu beserta bayi. Pelayanan nifas yang ada berupa konsultasi dan pengobatan. Selain pelayanan tersebut, rumah sakit swasta juga memberikan pelayanan kesehatan reproduksi yang meliputi Pengobatan Gangguan Saluran Reproduksi, Pengobatan Infertilitas, dan KIE. Pelayanan pengobatan gangguan saluran reproduksi tersebut berupa penyuluhan dan konseling yang diberikan oleh dokter spesialis. Pelayanan pengobatan infertilitas juga dapat dilakukan melalui pemeriksaan, pemberian obat penyuburan, dan HSG (disemprot hidrotoksi). Pelayanan KIE hanya diberikan kepada pasien yang datang berobat saja. Selain itu, rumah sakit swasta juga memberikan pelayanan aborsi yang aman. Pelayanan ini diberikan untuk kasus tertentu dengan alasan kesehatan.

Pelayanan KB yang diberikan oleh rumah sakit swasta di Surakarta meliputi pemasangan beberapa alat kontrasepsi dan pemberian informasi atau konseling. Alat kontrasepsi yang dapat diakses di RSUD adalah sterilisasi tubektomi, sterilisasi vasektomi, pil, IUD/AKDR/Spiral, suntikan, implant, kondom atau karet KB dan intravag/diafragma. Untuk dapat mengakses alat kontrasepsi tersebut, masyarakat harus membayar dengan biaya yang berbeda untuk masing-masing jenis alat kontrasepsi tersebut. Masyarakat harus membayar biaya sebesar Rp. 2.000.000,- untuk melakukan sterilisasi tubektomi. Untuk pemasangan alat kontrasepsi lainnya, dokter yang bersangkutan tidak memberikan informasi. Pemberian informasi atau konseling KB oleh rumah sakit swasta terkait dengan berbagai efek samping atau gangguan dalam pemakaian alat kontrasepsi. Secara umum, rumah sakit yang dikelola pemerintah maupun swasta memberikan berbagai pelayanan kepada masyarakat yang bersifat promotif, kuratif maupun penyuluhan

kesehatan serta KIE. Semua pelayanan ini diimplementasikan pada KIA, kesehatan reproduksi perempuan yang meliputi kehamilan, persalinan, pasca persalinan, keluarga berencana, pengobatan infertilitas, serta pengobatan berbagai penyakit termasuk penanganan HIV/AIDS. Rumah sakit pada umumnya ditunjang oleh tenaga kesehatan yang lengkap, terdiri atas tenaga medis (dokter umum, dokter spesialis, dokter gigi), perawat, bidan, farmasi, gizi, teknisi medis, sanitasi, serta kesehatan masyarakat.

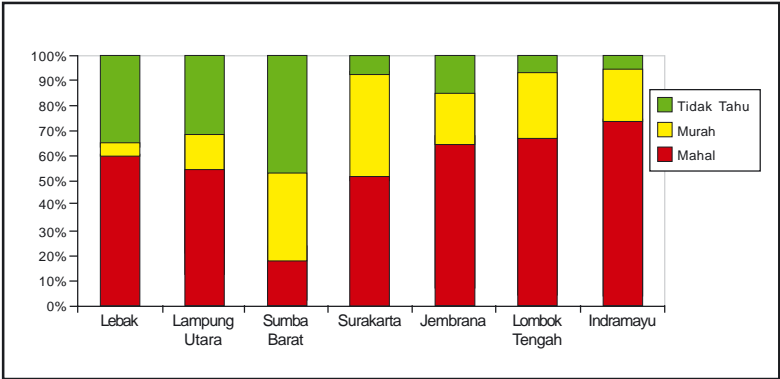
Pada pelayanan kehamilan pemeriksaan meliputi penimbangan badan, pengukuran tekanan darah, test darah untuk mengetahui HB darah, pemeriksaan kandungan untuk memastikan kondisi kesehatan janin. Selain ibu hamil juga menerima zat besi serta vitamin-vitamin yang berguna untuk menguatkan kondisi kesehatan ibu hamil. Untuk pemeriksaan kehamilan ini rumah sakit pemerintah memungut biaya sesuai dengan standar retribusi yang ditetapkan Dinas Kesehatan sebesar Rp. 5.000,- sedangkan untuk pemegang kartu Askeskin atau SKTM di Surakarta tidak dipungut biaya. Pelayanan persalinan dan pasca persalinan di rumah sakit dapat ditangani oleh tenaga bidan, dokter atau bahkan dokter spesialis sesuai dengan kondisi, kebutuhan serta permintaan pasien dengan tarif pelayanan mengacu pada standar retribusi yang telah ditetapkan Dinas Kesehatan. Pelayanan ini meliputi pertolongan persalinan, perawatan KIA termasuk imunisasi serta pemasangan KB. Untuk pelayanan KB, Rumah Sakit menyediakan berbagai macam alat kontrasepsi mulai dari kondom, suntik, pil, implant, IUD, hingga sterilisasi (vasektomi atau tubektomi). Khusus untuk sterilisasi, biasanya Rumah Sakit menjadi tempat rujukan pasien dari Puskesmas yang membutuhkan karena kelengkapan alat dan ketersediaan tenaga medis yang telah terlatih untuk melakukan operasi vasektomi atau tubektomi.

Pelayanan KB pada masyarakat di Indramayu selain dapat diakses di pos KB desa juga dapat diakses di Puskesmas, Pustu, bidan praktik, dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya. Ada dua hal yang ingin dikritisi terkait dengan pelayanan KB ini, yaitu mengenai proses pelayanan dan akses pada pelayanan. Dari hasil temuan di lapangan melalui wawancara, baik dengan penyedia pelayanan maupun pengguna pelayanan, ternyata ada beberapa hal yang perlu disoroti mengenai proses pelayanan yang diberikan. Pelayanan KB seharusnya diberikan dengan mempertimbangkan kondisi fisik atau kesehatan pasien melalui pemeriksaan fisik serta memberikan informasi yang lengkap dan jelas mengenai KB sehingga pasien dapat memutuskan sendiri alat kontrasepsi (Alkon) apa yang akan digunakan. Ada informan (pengguna pelayanan) yang mengatakan bahwa Alkon yang dipakai bukan merupakan keputusan yang diambil olehnya berdasarkan informasi yang diberikan sebelumnya, namun cenderung “dipilihkan” oleh penyedia pelayanan. Ada juga yang mengatakan bahwa informasi yang diberikan oleh penyedia pelayanan tidak cukup lengkap dan jelas sehingga responden memilih alat kontrasepsi yang akan digunakan lebih berdasarkan saran dari tetangganya atau keluarganya.

Selain proses pelayanan, perlu juga disoroti mengenai akses pada pelayanan KB. Ternyata pelayanan KB tidak termasuk dalam kebijakan retribusi gratis, meskipun termasuk dalam pelayanan yang diberikan di Puskesmas dan Pustu. Menurut hasil wawancara

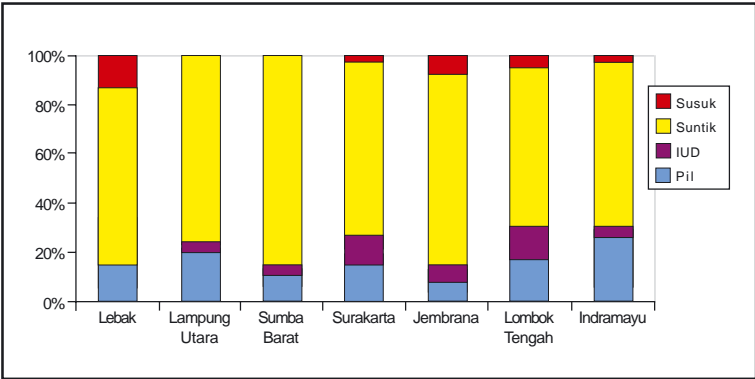
dengan dokter Puskesmas, pelayanan KB gratis di Puskesmas hanya ditujukan bagi pengguna Askeskin. Sementara itu, bagi warga umum diarahkan ke praktik swasta, yang tentu saja memasang tarif. Pertanyaannya adalah bagaimana dengan masyarakat yang tidak mampu, namun memerlukan pelayanan KB tersebut. Kenyataannya, tidak semua masyarakat tidak mampu terdata sebagai pengguna Askeskin. Wacana pemberian pelayanan KB gratis, paling tidak, di Puskesmas dan Pustu, sampai saat ini masih menjadi materi antara pihak Puskesmas dengan pihak Dinas Kesehatan.

**Grafik 3.10.**  
**Persepsi Masyarakat tentang Biaya Kontrasepsi**



Grafik 3.10. menunjukkan bahwa secara umum biaya yang harus dikeluarkan untuk menggunakan alat kontrasepsi masih dirasakan mahal. Hal itu berimplikasi juga pada pilihan alat kontrasepsi yang digunakan oleh kaum perempuan. Sebagian besar perempuan yang diwawancarai menyatakan lebih memilih menggunakan alat kontrasepsi suntik (baik yang berjangka waktu satu bulan maupun yang berjangka waktu tiga bulan) karena lebih praktis dan harganya terjangkau. Selain itu, KB suntik lebih aman dibandingkan dengan IUD (spiral) maupun implant atau susuk — yang sering dikhawatirkan bisa “menghilang, pindah tempat di dalam tubuh.”

**Grafik 3.11.**  
**Metode KB yang Dipilih Perempuan**





Grafik 3.11. menunjukkan bahwa alat kontrasepsi yang paling banyak disediakan di tempat pelayanan kesehatan adalah suntikan, dimana setiap tahunnya terjadi penambahan stok suntikan yang diikuti dengan pil dan implant. Dari persediaan itu penting kemudian melihat faktor apa saja yang membuat kebutuhan alat kontrasepsi suntikan dan pil lebih tinggi dibandingkan dengan alat kontrasepsi lainnya. Dari sisi perempuan sebagai pengguna dan pemerintah sendiri sebagai penyedia pelayanan alat kontrasepsi tersebut.

Hasil wawancara dengan bidan Pangandanganjaya-Indramayu diketahui bahwa KB adalah masalah kesehatan yang cukup menonjol di masyarakat, dimana masyarakat relatif tidak mengikuti program KB dengan maksimal. Masyarakat cenderung malas untuk memilih alat kontrasepsi yang tepat bagi mereka. Saat memilih alat kontrasepsi jenis suntikan pun, masih banyak perempuan yang terlambat melakukan suntikan kembali sesuai dengan jadwal mereka. Keterlambatan tersebut akhirnya membuat alat kontrasepsi tersebut tidak bermanfaat bagi tubuh mereka dan mengakibatkan mereka hamil. Saat tidak siap dengan kehamilan tersebut, beberapa perempuan ingin menggugurkan kehamilan mereka.

Ada juga ketakutan masyarakat menggunakan alat kontrasepsi tertentu seperti IUD, dengan alasan jika dimasukkan ke dalam tubuh akan berakibat buruk pada tubuh mereka. Dengan demikian hanya ada dua alat kontrasepsi yang sangat banyak digunakan oleh kaum perempuan, yaitu suntikan dan pil. Pihak lain biaya yang terjangkau dan murah pada suntikan dan pil dibandingkan dengan alat kontrasepsi lainnya.

Kondisi lain yang secara tidak langsung ikut berpengaruh pada rendahnya perempuan mengakses pada fasilitas pelayanan KB, karena pelayanan ini hanya diberikan di Puskesmas. Selain itu belum ada ketersediaan pemberian pelayanan KB. Seperti yang terjadi di Pangandanganjaya, dimana bidan dan Posyandu tidak memberikan pelayanan KB, sehingga perempuan yang ingin melakukan KB harus mengakses ke Puskesmas dengan jarak yang relatif lebih jauh dibandingkan dengan tempat bidan dan Posyandu.

Berdasarkan hasil wawancara dengan beberapa penyedia pelayanan kesehatan, Kesehatan Reproduksi (Kespro) tampaknya masih sesuatu hal yang belum dipahami secara utuh oleh sebagian besar penyedia pelayanan kesehatan. Kespro yang umumnya mereka pahami selama ini baru secara parsial saja, artinya terpisah di antara masing-masing komponen Kespro seperti KIA, KB, ISR/IMS, KRR. Ketika membicarakan tentang Kespro, ada yang memahaminya hanya sebagai Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR) saja, ada yang memahaminya hanya sebagai ISR/IMS saja, bahkan tampaknya ada yang masih kesulitan untuk menjelaskannya.

Dari sisi program pelayanan Kespro sendiri, berdasarkan hasil observasi, terlihat adanya kerancuan. Jika dilihat dari program layanan yang tersedia, seperti yang terdapat dalam program Paket Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial (PKRE). Tampaknya program pelayanan ini lebih dipahami sebagai program pelayanan untuk KRR saja, padahal PKRE merupakan program pelayanan empat komponen *esensial* Kespro yang diberikan secara terpadu dan terintegrasi di antara komponennya, bukan diberikan secara terpisah.

Jadi, secara struktur program pelayanan, PKRE seharusnya “memayungi” keempat komponen pelayanan Kespro. Pada prinsipnya, PKRE merupakan paket pelayanan yang dirancang sedemikian rupa sebagai “*one stop service*” untuk menghindari “*miss opportunity*” dan memberikan pelayanan yang benar-benar dibutuhkan bagi pasien. Sementara itu, jika dilihat bagaimana struktur program pelayanan yang ada, terlihat bahwa PKRE hanya difokuskan pada KRR dan menjadi program pelayanan yang terpisah dengan KIA dan KB, sedangkan untuk ISR/IMS tidak terlihat.

Di Kabupaten Indramayu, karena banyak perempuan yang bekerja di sektor jasa pelayanan seks, penyakit menular seksual merupakan masalah utama di daerah tersebut. Sebenarnya ada program pelayanan yang ditujukan untuk pelayanan IMS yaitu Program Pencegahan dan Pengobatan Penyakit Kelamin (P2K). Namun berdasarkan informasi dari pihak Puskesmas dan pihak Dinas Kesehatan, program ini lebih ditujukan untuk kelompok masyarakat yang berisiko tinggi yaitu prostitusi. Program ini meliputi program penjangkauan ke berbagai lokasi rawan prostitusi, pemeriksaan laboratorium, pengobatan, kondomisasi, dan pembinaan. Sementara dari hasil survei menunjukkan bahwa ternyata banyak ibu yang tercatat mempunyai keluhan-keluhan terkait ISR/IMS, seperti keputihan dan gatal-gatal, namun umumnya tidak memeriksakan diri. Dari hasil wawancara dengan beberapa responden yang mengeluhkan hal tersebut tetapi tidak memeriksakan diri, ada yang mengatakan malu atau tidak tahu harus bilang apa kepada bidan, alasan lain karena pertimbangan ekonomi. Dari hasil wawancara dengan perawat yang bertugas di salah satu Pustu, diketahui bahwa cukup banyak perempuan yang datang dengan keluhan keputihan dan gatal-gatal dan umumnya mereka diberi pengobatan Metronidazol yaitu obat untuk keputihan yang disebabkan oleh jamur. Jika Pustu tak mampu menanganinya maka akan di anjurkan untuk periksa ke rumah sakit.

Dari pemaparan masalah kesehatan reproduksi diatas, kita dapat melihat bahwa masalah utama untuk mengakses fasilitas layanan kesehatan adalah faktor biaya transportasi yang berkaitan dengan jauhnya pusat layanan dengan pemukiman penduduk. Ini artinya jarak ke fasilitas kesehatan harus diperhitungkan oleh keluarga miskin ketika mengakses fasilitas kesehatan guna menjaga kesehatan reproduksi mereka. Oleh karena secara ekonomi mereka tidak mampu, maka mereka cenderung untuk memanfaatkan layanan bidan untuk membantu proses kelahiran. Selain itu juga karena pengetahuan dari keluarga miskin mengenai kesehatan reproduksi yang sangat terbatas sehingga mereka seringkali lebih memilih dukun dalam hak urusan proses kelahiran bayi. Di dalam konteks kemiskinan tersebut pada dasarnya jaminan kesehatan yang dilakukan oleh pemerintah belum sepenuhnya memfasilitasi masyarakat miskin untuk memanfaatkan layanan kesehatan.

## Rangkuman

Fasilitas umum kesehatan masyarakat untuk melayani kesehatan reproduksi perempuan dalam banyak hal masih sangat terbatas dan kendala yang dihadapi masyarakat terutama sekali masalah jarak menuju fasilitas tersebut. Keberadaan rumah sakit memang terdapat di pusat kabupaten, namun jika kondisi kemiskinan itu ada di daerah-daerah yang jauh maka hal ini menjadikan transportasi menjadi terlalu mahal bagi mereka, terutama kaum perempuannya. Kondisi kesehatan perempuan dari keluarga miskin juga belum terlampau terlayani oleh Puskesmas, karena fasilitas alat-alat yang terbatas. Jika jarak dari Puskesmas masih warga rasakan jauh, mereka cenderung memanfaatkan Posyandu untuk melakukan pemeriksaan kesehatan secara berkala.

## BAB IV

# Jumlah dan Kualitas Tenaga Kesehatan Reproduksi Tidak Memadai

Bab ini memaparkan gambaran tentang jumlah dan kualitas tenaga kesehatan yang seyogyanya memberikan pelayanan bagi kesehatan reproduksi perempuan di tujuh wilayah penelitian Women Research Institute (WRI). Bab ini juga menggambarkan persoalan-persoalan yang dihadapi di masing-masing wilayah, terutama mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi mengapa kondisi dan jumlah tenaga kesehatan yang tersedia untuk pelayanan kesehatan reproduksi tidak memadai di sebagian besar wilayah penelitian.

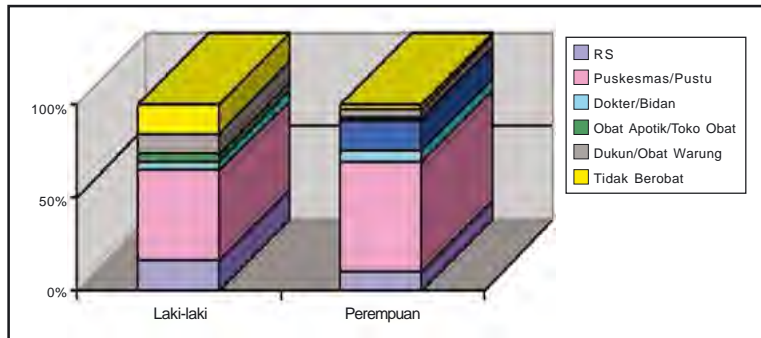
### 1. Ketersediaan dan Pelayanan Tenaga Kesehatan di Sumba Barat

Pemerataan dan pendistribusian pelayanan dan tenaga kesehatan di Kabupaten Sumba Barat belum bisa dilakukan dengan maksimal, oleh karena ketersediaan tenaga kesehatan yang ada belum mencukupi seluruh pelayanan yang dibutuhkan masyarakat. Sebagai gambaran, jumlah dokter di Kabupaten Sumba adalah 49 orang, tenaga bidan berjumlah 165 orang, dan perawat sebanyak 232 orang.

Kurangnya jumlah tenaga kesehatan yang tersedia berimplikasi pada pola pencarian pengobatan. Hasil penelitian kuantitatif WRI menemukan cukup banyak anggota masyarakat, baik laki-laki maupun perempuan, memilih untuk tidak mengobati penyakit mereka atau memilih pengobatan di luar pelayanan kesehatan yang ada. Grafik 4.1. memperlihatkan kecenderungan masyarakat dalam pencarian cara pengobatan mereka.

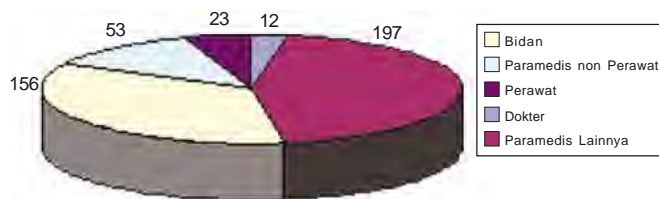
Tidak mengherankan apabila masyarakat mencari cara pengobatan di luar pelayanan kesehatan, karena selain jumlah tenaga kesehatan kurang, fasilitas kesehatan yang tersedia juga tidak terjangkau masyarakat. Sebagaimana yang dapat terlihat dalam data terakhir mengenai ketersediaan tenaga kesehatan yang ada di Puskesmas Kabupaten Sumba Barat berikut ini.

**Grafik 4.1.**  
**Pola Pencarian Pengobatan Laki-Laki dan Perempuan di Sumba Barat**



Kekurangan kebutuhan tenaga kesehatan dalam satu daerah bisa diprediksikan dengan menggunakan metode ideal tenaga kesehatan. Metode ini menggunakan perhitungan rasio ideal tenaga kesehatan yang seharusnya tersedia dibandingkan dengan jumlah penduduk “*Ratio Method*” (KepMenKes1202/Menkes/VIII/2003). Untuk melihat berapa banyak kebutuhan tenaga kesehatan di Sumba Barat dapat digunakan metode perhitungan

**Grafik 4.2.**  
**Ketersediaan Seluruh Tenaga Kesehatan di Puskesmas**



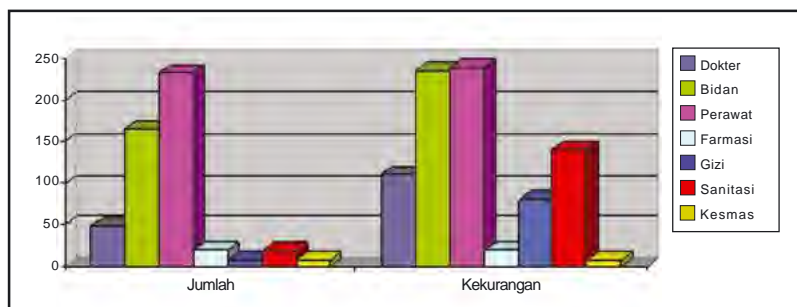
*Sumber:* Diolah dari data Dinas Kesehatan Sumba Barat tahun 2005.

yang digunakan dalam indikator strategis menuju Indonesia Sehat 2010. Metode ini menunjukkan beberapa rasio ideal sumber daya kesehatan yang seharusnya melayani masyarakat, sebagaimana terlihat pada Tabel 4.1. berikut ini.

**Tabel 4.1.**  
**Rasio Ideal Tenaga Kesehatan Dibagi Jumlah Penduduk**

No.	Tenaga Kesehatan	Rasio
1.	Dokter per 1.00.000 penduduk	40
2.	Dokter spesialis per 100.000	6
3.	Dokter keluarga per 1.000	2
4.	Dokter gigi per 100.000	11
5.	Apoteker per 100.000	10
6.	Bidan per 100.000	100
7.	Perawat per 100.000	117,5
8.	Ahli gizi per 100.000	22
9.	Ahli sanitasi per 100.000	40
10.	Ahli kesehatan masyarakat per 100.000	4

**Gambar 4.3.**  
**Ketersediaan Tenaga Kesehatan dan Rasio Ideal**



Sumber: Data Diolah dari Rencana Tahunan “Pembangunan Kesehatan Kabupaten Sumba Barat Tahun 2006”.

Grafik 4.3. menunjukkan bahwa kekurangan tenaga kesehatan di Sumba Barat masih sangat tinggi. Kekurangan bidan sebanyak 58,7%, belum lagi tenaga gizi yang jumlahnya sangat minim hanya delapan orang. Artinya, masih terdapat kekurangan 90,9% dari yang seharusnya tersedia. Total kekurangan tenaga kesehatan di Kabupaten Sumba Barat sebanyak 62,3% masih jauh dari rasio ideal pemenuhan tenaga kesehatan. Persoalan lain dari jumlah yang sangat minim, distribusi tenaga kesehatan yang tidak merata di seluruh wilayah Kabupaten Sumba Barat. Penumpukan tenaga kesehatan terjadi di wilayah kota, sedangkan wilayah pedesaan cenderung tidak ada tenaga kesehatan.

Dinas Kesehatan sendiri mengakui telah melakukan beberapa upaya untuk memaksimalkan pelayanan Puskesmas. Dalam hal ini, ada Puskesmas Pembantu (Pustu) dan Puskesmas Keliling (Pusling) yang membantu Puskesmas untuk menjangkau wilayah-wilayah terpencil di Sumba Barat. Puskesmas di Sumba Barat masih mengalami kesulitan tenaga kesehatan yang seharusnya tersedia di masing-masing Puskesmas. Upaya telah dilakukan oleh pemerintah daerah Sumba untuk memperbanyak tenaga, akan tetapi masih ada masalah seperti apa yang dikatakan oleh pihak Dinas Kesehatan:

“..... persoalan kami di sini untuk mendapatkan tenaga kesehatan yang sesuai dengan standar Depkes cukup sulit, seperti standar Puskesmas rawat inap harus ada standar jumlahnya. Puskesmas harus punya dua tenaga kesehatan, satu prakarya dan satu profesional dan kami di sini sangat sulit untuk dapat memenuhi, paling ada hanya satu orang, walaupun ada bidan. Depkes sudah menyiapkan pembangunan poskesdes. Jadi, mau tidak mau, harus kami siapkan juga berdasarkan kondisi yang ada.”<sup>1</sup>

Keterbatasan jumlah tenaga kesehatan ini berkaitan dengan kemampuan daerah sendiri untuk dapat membiayai tenaga kesehatan yang ada. Di pihak lain, jumlah tenaga kesehatan yang mau ditempatkan di Sumba Barat sendiri pun masih sangat rendah. Akhir-

<sup>1</sup> *Ibid*

nya Dinas Kesehatan hanya menyerahkan kekurangan tenaga kesehatan kepada pemerintah pusat:

“Kami lebih mengharapkan pusat. Berapa yang diberikan oleh pusat itu yang kami terima, kalau kami yang minta itu jadi konsekuensi daerah, kadang kami minta di provinsi berapa kebutuhannya, mereka akan penuhi, dan sangat tergantung pada petugas PTT yang ada di wilayah NTT. Tidak langsung ke sini tapi ke NTT dulu. Mekanisme seperti itu. Ada juga yang memang berasal dari daerah Sumba. Kalau sudah ada ikatan dinas dengan pemerintah, mereka akan datang sendiri dan yang banyak di sini adalah dari Sumatera.”<sup>2</sup>

Kondisi di atas menunjukkan bahwa Kabupaten Sumba Barat masih sangat rendah dalam kemampuan membiayai tenaga kesehatan yang seharusnya dibutuhkan oleh daerah. Hal ini disebabkan oleh kurangnya tenaga kesehatan, terutama di daerah-daerah terpencil dan jauh dari pusat kota.

### **1.1. Ketersediaan Dokter**

Ketersediaan jumlah dokter sebanyak 49 orang, 12 orang bertugas di Puskesmas dan sisanya menyebar di dua rumah rakit yang berada di ibukota kabupaten. Dokter yang bertugas di Puskesmas sangat jarang memilih tinggal di lokasi penempatan. Mereka hanya datang pada saat bertugas dan memilih tinggal di kota agar bisa membuka praktik dokter di rumah. Berdasarkan observasi WRI di Kota Waikabubak, Kabupaten Sumba Barat, dokter praktik relatif lebih mudah diakses, karena ada lebih dari tiga orang dokter yang membuka praktik disana. Menurut data Dinas Kesehatan, dokter yang bertugas di Puskesmas Puuweri<sup>3</sup> sebanyak tiga orang. Artinya, beberapa dokter yang bertugas di luar kecamatan pun tetap memilih tinggal di perkotaan dengan alasan, antara lain, dengan membuka praktik di kota, pasien yang datang jauh lebih banyak dibandingkan dengan di desa. Sehingga, lebih banyak pasien yang bisa dilayani.

### **1.2. Ketersediaan Bidan**

Ketersediaan bidan akan diulas secara khusus, karena bidan adalah tenaga kesehatan dengan jumlah terbanyak sekaligus menjadi motor penggerak pelayanan kesehatan di tingkat desa. Jumlah bidan di Kabupaten Sumba Barat sampai tahun 2005 sebanyak 165 orang. Masih ada kebutuhan tambahan 235 orang bidan lagi untuk memenuhi target indikator sehat 2010, dimana 100.000 jiwa akan dilayani oleh 100 orang bidan. Kondisi ideal tersebut belum dapat dipenuhi di Kabupaten Sumba Barat yang memiliki jumlah

---

<sup>2</sup> *Ibid*

<sup>3</sup> Puskesmas PuuWeri terletak di wilayah Kota Waikabubak.



penduduk sebanyak 400.260 jiwa. Dengan demikian, satu orang bidan rata-rata harus menangani 2.429 jiwa. Artinya, ada dua kali beban yang lebih banyak yang harus ditangani oleh bidan, karena idealnya satu orang bidan hanya akan melayani 1.000 jiwa.

Masih terbatasnya jumlah bidan, terutama Bidan Desa (Bides) di Sumba Barat, juga diakui oleh drg. Bonar Sinaga. M. Kes. Jumlah desa di Kabupaten Sumba Barat pada tahun 2007 ada sebanyak 192 dan penempatan Bides baru berkisar 70-80%. Itupun tidak semua Bides tinggal langsung di desa penempatan mereka. Lebih lanjut, Pelaksana Tugas (PLT) Kadis Kesehatan Sumba Barat mengungkapkan bahwa belum maksimalnya Bides tinggal di desa disebabkan belum memadainya sarana dan prasana Bides dan beberapa kasus keamanan di desa. Meskipun demikian, upaya untuk menambah jumlah Bides terus dilakukan oleh Dinas Kesehatan.

### **1.3. Ketersediaan Mantri (Perawat)**

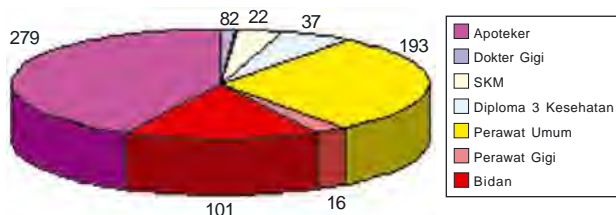
Tenaga kesehatan lainnya yang dapat dijangkau oleh masyarakat adalah mantri (perawat). Mantri yang berpendidikan sekolah perawat biasanya bertugas di Pustu. Biasanya perawat bekerja merangkap sebagai kepala Pustu, petugas kesehatan sekaligus tenaga administrasi. Fenomena ini dijumpai di beberapa Pustu, terutama di desa-desa terpencil, perawat harus rela melakukan semua tugas itu sendiri tanpa tenaga bantuan. Demikian halnya dengan mantri (perawat). Jika mantri tidak ada di tempat atau sedang turun ke kota, maka pasien juga sangat kesulitan untuk mengakses pelayanan kesehatan yang ada di Pustu, dan pasien harus rela menunggu mantri kembali dari urusan mereka di kota, karena tidak ada alternatif lain selain itu. Mantri sendiri dengan keterbatasan ilmu yang mereka miliki, tidak dapat memberikan pelayanan pengobatan yang tergolong berat. Dengan demikian mantri harus memberikan rujukan ke Puskesmas dan rumah sakit terdekat. Pada banyak kasus, di Desa Gaura, masyarakat yang dirujuk belum tentu mau pergi ke Puskesmas terdekat, karena waktu tempuh yang sangat lama dan alternatif yang dipilih adalah pengobatan tradisional dengan bantuan dukun dan menggunakan obat-obatan atau sama sekali tidak diobati.

## **2. Ketersediaan Tenaga Kesehatan dan Pelayanan Kesehatan di Lombok Tengah**

Ketersediaan tenaga kesehatan di Dinas Kesehatan dan Puskesmas di Kabupaten Lombok Tengah dapat dilihat pada data terakhir sampai tahun 2005 berikut ini.

Dari jumlah tenaga kesehatan yang ada, terlihat masih tingginya kebutuhan akan tenaga kesehatan untuk melayani masyarakat dengan rasio ideal kebutuhan masyarakat. Dari 37 orang, penyebaran dokter, 27 orang bertugas di Puskesmas, selebihnya bertugas di Dinas Kesehatan kabupaten. Terlihat pada tabel distribusi tenaga kesehatan di Kabupaten Lombok Tengah pada tahun 2005.

**Grafik 4.4.**  
**Jumlah Tenaga Kesehatan di Kabupaten Lombok Tengah**



Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Tengah.

Dari data di atas tampak masih ada kekurangan sekitar 24 orang dokter untuk 21 Puskesmas yang ada. Begitu juga bidan masih kurang 56 orang. Kekurangan terbanyak adalah perawat. Kabupaten Lombok Tengah masih membutuhkan 69 orang perawat untuk

**Tabel 4.2.**  
**Distribusi Tenaga Kesehatan Kabupaten Lombok Tengah, 2005-2007**

No.	Puskesmas	Tenaga Kesehatan yang ada di Puskesmas 2005						Tenaga Kesehatan yang Dibutuhkan di Puskesmas 2007					
		Dokter	Dokter Gigi	Perawat	Bidan	Sanitarian	Gizi	Dokter	Dokter Gigi	Perawat	Bidan	Sanitarian	Gizi
1.	Aikmual	1	-	7	4	2	2	1	1	3	2	1	-
2.	Praya	2	1	11	11	1	1	-	-	3	2	2	1
3.	Batunyala	1	1	10	5	2	2	1	-	3	2	1	-
4.	Pengadang	1	-	8	6	3	2	1	1	3	2	-	-
5.	Ganti	1	-	7	5	2	1	1	1	3	2	1	1
6.	Mujur	2	-	11	5	3	1	1	1	4	4	-	1
7.	Penujak	1	1	11	5	2	1	2	-	4	3	1	1
8.	Mangkung	1	-	4	3	2	1	1	1	4	3	1	1
9.	Darek	1	-	11	6	3	1	1	1	3	2	-	1
10.	Sengkol	1	-	13	8	2	2	2	1	4	4	1	-
11.	Kuta	1	-	13	7	1	-	1	1	3	3	2	2
12.	Bonjeruk	-	-	5	3	1	1	2	1	3	3	2	1
13.	Ubung	2	1	15	6	3	2	1	-	4	3	-	-
14.	Puyung	1	1	10	7	1	1	1	1	3	2	2	1
15.	Janapria	1	-	12	4	3	-	2	1	3	3	2	2
16.	Langko	1	-	9	6	2	1	1	1	3	2	1	1
17.	Kopang	2	1	12	7	3	1	1	-	4	3	-	1
18.	Muncan	1	-	10	6	1	1	1	1	3	3	2	1
19.	Mantang	1	-	12	9	3	1	1	1	3	3	-	1
20.	Teratak	-	-	9	9	2	2	2	1	3	2	1	-
21.	Pringgarata	2	1	12	8	2	1	-	-	3	3	1	1
Jumlah		32	7	212	129	44	25	24	15	69	56	21	17

Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Tengah.

ditempatkan pada 21 puskesmas yang ada. Data-data ketersediaan tenaga kesehatan di Kabupaten Lombok Tengah masih menggunakan data tahun 2006, karena saat penelitian dilakukan belum ada data terbaru yang telah dikeluarkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Tengah.

Sementara itu jumlah tenaga kesehatan Dinas Kesehatan dan Rumah Sakit di Kabupaten Lombok Tengah adalah sebagai berikut.

**Tabel 4.3.**  
**Jumlah Tenaga Kesehatan di Dinas Kesehatan dan Rumah Sakit di Lombok Tengah**

No.	Lokasi	Medis/Dokter			Paramedis	Non Kesehatan
		Umum	Spesialis	Gigi		
1.	Rumah Sakit	10	6	2	114	42
2.	Dinas Kesehatan	5			29	38
3.	Pkm. Praya	1		1	25	11
4.	Pkm. Pengadang	1			20	6
5.	Pkm. Batu Nyala	1			21	4
6.	Pkm. Aik Mual	1			19	6
7.	Pkm. Mantang	1		1	27	11
8.	Pkm. Teratak	1			21	3
9.	Pkm. Kopang	2			27	8
10.	Pkm. Muncan	1			19	7
11.	Pkm. Janapria	1			20	8
12.	Pkm. Langko	1			16	2
13.	Pkm. Mujur	2		1	18	3
14.	Pkm. Sengkol	2			30	8
15.	Pkm. Kute	1			19	2
16.	Pkm. Penujak	1		1	23	7
17.	Pkm. Mangkung	1			11	3
18.	Pkm. Darek	1			18	4
19.	Pkm. Ubung	2			29	5
20.	Pkm. Bonjeruk	1			12	10
21.	Pkm. Pr. Rate	2			22	4
22.	Pkm. Ganti	1			15	3
23.	Pkm. Puyung	1		1	19	1
<b>Jumlah</b>		<b>41</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>574</b>	<b>196</b>

*Sumber:* Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Tengah.

Dari data di atas tampak bahwa seluruh dokter spesialis bertugas di Rumah Sakit Umum kabupaten, sedangkan Puskesmas hanya ditangani oleh dokter umum yang rata-rata memiliki satu orang dokter. Dokter gigi hanya ada lima Puskesmas. Artinya, masyarakat Lombok Tengah hanya memiliki akses sangat terbatas untuk pelayanan kesehatan gigi.

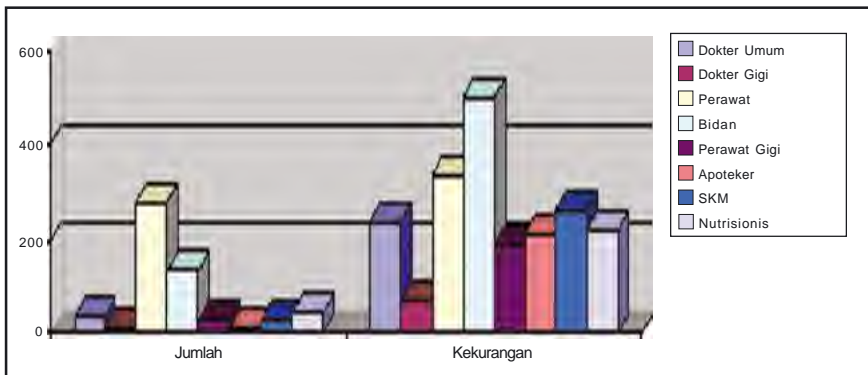
Rata-rata setiap Puskesmas memiliki enam orang tenaga bidan, bahkan Puskesmas Praya memiliki 11 bidan. Namun beberapa Puskesmas di kecamatan-kecamatan yang jauh dari pusat kota hanya ada tiga bidan yang bertugas. Hal ini memperlihatkan bahwa bidan cenderung memilih bekerja di pusat kabupaten dibandingkan dengan di kecamatan

yang jauh sehingga pelayanan di desa-desa terpencil menjadi tidak maksimal. Di banyak desa, perempuan harus pergi cukup jauh untuk bisa mengakses pelayanan bidan, baik yang bertugas di Puskesmas maupun sebagai Bides.

## 2. 1. Jumlah Ketersediaan Tenaga Kesehatan pada Kebutuhan yang Memadai

Ketersediaan tenaga kesehatan yang memadai sangat penting untuk memaksimalkan pelayanan kesehatan. Untuk itu perlu dilihat seberapa banyak kekurangan tenaga kesehatan di Kabupaten Lombok Tengah. Dengan menggunakan perhitungan rasio ideal tenaga kesehatan dengan jumlah penduduk “*Ratio Method*” (KepMenKes,1202/Menkes/VIII/2003), rasio kebutuhan tenaga kesehatan di Lombok Tengah adalah sebagai berikut:

**Grafik 4.5.**  
**Rasio Kebutuhan Tenaga Kesehatan di Kabupaten Lombok Tengah**



Sumber: Data diolah dari Rencana Tahunan “Pembangunan Kesehatan Kab Loteng 2007”.

Kekurangan dokter umum yang sangat tinggi mencapai 87,6% menggambarkan rendahnya akses masyarakat pada tenaga dokter. Karena kondisi ini berkorelasi dengan penyebaran dokter, masyarakat hanya dimungkinkan pergi ke pusat kota kabupaten maupun pusat kecamatan untuk bisa mendapatkan pelayanan dokter. Beberapa dokter yang ditugaskan di kecamatan tertentu tidak sekaligus menetap di wilayah penempatannya.

Kondisi yang sama terjadi dalam pelayanan bidan yang kekurangan tenaganya mencapai 79,5%. Dengan demikian bisa dipastikan pelayanan kesehatan reproduksi untuk kaum perempuan tidak bisa maksimal dilakukan karena bidan harus bekerja rangkap sebagai petugas Puskesmas dan harus bertanggungjawab di desa. Kehadiran bidan di desa lebih untuk memenuhi jadwal tugas Posyandu, selebihnya bidan akan kembali bertugas di Puskesmas. Sebagian besar bidan menetap di pusat kecamatan sekaligus membuka praktik di rumah. Hal ini dilakukan oleh beberapa bidan di Kecamatan Praya dan Sengkol.

Untuk memenuhi kebutuhan tenaga kesehatan di Puskesmas, Dinas Kesehatan melalui pemerintah daerah berupaya menambah jenis tenaga yang dibutuhkan di Kabupaten

Lombok Tengah melalui penganggaran dan pemberian dana pendidikan, khususnya bagi tenaga kesehatan yang melanjutkan kuliah. Pemberian dana pendidikan ini bervariasi sesuai dengan kebutuhan dan ketersediaan dana. Lebih detail, alokasi pendanaan akan dibahas pada anggaran Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Tengah.

Selain kekurangan jumlah tenaga medis, masalah lain adalah banyaknya tenaga medis yang belum memiliki akreditasi pada spesifikasi keilmuan mereka. Kebutuhan akreditasi yang direncanakan akan dicapai pada tahun 2007 untuk beberapa spesifikasi seperti<sup>4</sup> :

- Akselerasi SDMK Perawat SPK melalui Program khusus D-3 Perawat: 50 orang
- Akselerasi SDMK Bidan melalui Program khusus D-4 Kebidanan: empat orang
- Akselerasi SDMK Bidan (D-1) melalui Program khusus D-3 Kebidanan: 40 orang
- Akselerasi D-III Keperawatan menjadi S1 Keperawatan (Nurse): enam orang
- S2 Kesehatan (Promosi Kesehatan, Perencanaan dan Pembiayaan kesehatan, Epidemiologi Kesehatan, Administrasi RS): empat orang
- S3 Kesehatan: satu orang
- Dokter spesialis Obgyn (spesialis kandungan), spesialis patologi klinik dan spesialis radiologi, masing-masing satu orang.

## 2.2. Pendistribusian dan Kualitas Tenaga Kesehatan

Pendistribusian tenaga kesehatan yang belum merata di Kabupaten Lombok Tengah disebabkan secara umum karena kurangnya tenaga kesehatan.<sup>5</sup> Distribusi tenaga kesehatan untuk tenaga struktural di Puskesmas menjadi tanggung jawab Badan Kepegawaian Daerah Kabupaten Lombok Tengah yang berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan. Pengelolaan untuk tenaga teknis diserahkan ke Dinas Kesehatan. Proses pendistribusian tenaga ke Puskesmas masih berorientasi pada terisinya suatu jabatan tertentu tanpa melihat spesifikasi pendidikan yang dimiliki.

Dari 21 Puskesmas yang ada di Kabupaten Lombok Tengah, hanya tenaga kesehatan di Puskesmas Praya yang spesifikasinya sudah terpenuhi. Akan tetapi, secara kuantitas jumlah tenaga kesehatan masih kurang meski tidak sebanyak Puskesmas lainnya.

Peran Dinas Kesehatan<sup>6</sup> dalam proses pendistribusian tenaga kesehatan adalah menyalurkan tenaga-tenaga yang telah ditempatkan oleh Badan Kepegawaian Daerah Kabupaten Lombok Tengah. Peran Badan Kepegawaian Daerah Kabupaten Lombok Tengah dalam mendistribusikan tenaga kesehatan, khususnya tenaga-tenaga teknis, adalah mendistribusikan sampai ke Dinas Kesehatan kecuali tenaga-tenaga struktural seperti kepala Puskesmas, kepala Tata Usaha dan Kepala Seksi Puskesmas. Dinas Kesehatan

---

<sup>4</sup> Rencana tahunan "Pembangunan Kesehatan Kabupaten Lombok Tengah 2007".

<sup>5</sup> "Gambaran Ketenagaan Puskesmas dan Upaya Redistribusinya di Kabupaten Lombok Tengah Propinsi NTB, Taqiudin, Kristiani.

<sup>6</sup> *Ibid*

mendistribusikan tenaga teknis ke Puskesmas yang membutuhkan dengan mengacu pada skala prioritas.

Pendistribusian yang tidak merata juga terjadi pada unit kesehatan yang lebih rendah seperti Pustu dan Polindes. Fenomena keterbatasan jumlah tenaga kesehatan menjadi lazim. Idealnya, tenaga kesehatan di Pustu adalah seorang bidan, perawat kesehatan, dibantu oleh dua tenaga tata usaha serta didukung oleh satu dokter umum atau dokter gigi. Tetapi pada kenyataannya hampir sebagian besar Pustu hanya memiliki tenaga perawat yang merangkap semua jabatan di Pustu. Permintaan tenaga kesehatan yang bisa membantu di Pustu sering disampaikan oleh petugas Pustu. Sebagaimana dikeluhkan kepala Pustu Gerunung berikut ini:

“Kondisi tenaga kesehatan di Pustu memang kurang dan saya sudah melakukan pengajuan ke Puskemas untuh tambahan petugas, tetapi sampai saat ini belum ada penempatan untuk itu. Saya masih merangkap menjadi kepala Pustu, tenaga medis Pustu sekaligus tenaga administrasinya.”<sup>7</sup>

Kondisi yang sama juga dihadapi dengan pendistribusian bidan yang belum merata di seluruh desa. Belum selesai dengan kondisi penempatan bidan yang tidak merata, masyarakat juga harus berhadapan dengan kualitas Bides yang tidak maksimal dalam menangani persalinan. Dalam wawancara dengan beberapa ibu hamil terungkap bahwa bidan kurang cekatan dibandingkan dengan dukun dalam membantu persalinan. Bidan melakukan tugasnya sebatas membantu melahirkan bayi dan plasentanya, dan selanjutnya menyerahkan kembali pada dukun atau keluarga pasien. Sebagaimana dituturkan oleh Marnah berikut ini:

“Saya merasa sama saja antara melahirkan di dukun dan bidan. Walaupun pernah ada kejadian keluarga saya melahirkan di dukun kemudian meninggal, saat itu saya takut kepada dukun. Setelah kejadian itu saya tidak takut lagi karena saya mengetahui keluarga saya memang sakit sebelum meninggal.”<sup>8</sup>

Responden studi kasus dari Kelurahan Praya yang mengaku tingkat kepercayaannya kepada bidan dan dukun sama dalam hal pemberian pelayanan persalinan. Walaupun ia mengakui bidan memiliki peralatan lebih lengkap dibandingkan dengan dukun, Marnah tidak takut persalinannya ditangani oleh dukun.

Kualitas pelayanan bidan berbeda di antara bidan Polindes dan Puskesmas dengan bidan praktik swasta. Bidan praktik swasta dianggap memberikan pelayanan yang lebih memuaskan dan perawatan yang lebih baik. Faktor biaya yang mahal yang ditentukan oleh bidan-bidan praktik swasta tersebut dianggap sebagai penentunya. Di Kelurahan

---

<sup>7</sup> Wawancara dengan Kepala Pustu Gerunung, 14 Agustus 2007

<sup>8</sup> Studi kasus Marnah Desa Praya, 19 Agustus 2007.

Praya, tarif bidan praktik swasta berkisar antara Rp. 500.000,- hingga Rp. 1.000.000,- sedangkan di Polindes maupun Puskesmas, meskipun biaya persalinan gratis tetapi pada praktiknya masih ada bidan yang mengharapkan imbalan jasa.

Menurut pengakuan bidan, penagihan biaya persalinan yang dilaporkan bidan ke PT Askes dengan tembusan kepada Dinas Kesehatan dibayarkan setiap enam bulan sekali. Akibatnya, bidan mengalami kesulitan biaya operasional yang harus mereka keluarkan setiap hari. Belum lagi biaya transportasi yang hanya diganti Rp. 10.000,- per pelayanan dan tidak menghitung jarak apakah dekat ataupun jauh. Sementara ini bidan memang mendapat uang lembur membantu pasien sebesar Rp. 15.000,- x 5 hari. Walaupun jumlahnya tidak besar tetapi sebenarnya cukup membantu biaya operasional bidan. Ironisnya, penagihan biaya uang lembur ini dibayarkan setiap tiga bulan sekali.

Kualitas pelayanan adalah hal yang sangat penting untuk menunjukkan standar kinerja seorang bidan. Kinerja sendiri didefinisikan sebagai hasil yang dicapai seseorang atas perilaku kerjanya menurut ukuran yang berlaku dalam pekerjaannya.<sup>9</sup> Kinerja dalam satu bidang kerja merupakan kombinasi antara kemampuan, usaha, dan kesempatan. Dalam kaitannya dengan bidan, kinerja yang maksimal sangat berkaitan dengan kualitas pelayanan yang akan diperoleh masyarakat, khususnya kaum perempuan.

### 3. Ketersediaan Tenaga Kesehatan dan Pelayanan Kesehatan di Kabupaten Lebak

Di Kabupaten Lebak, terdapat beberapa petugas kesehatan yang tinggal dan memberikan pelayanan kesehatan. Petugas-petugas kesehatan yang ada di Kabupaten Lebak meliputi dokter, mantri atau perawat, dan bidan. Jumlah tenaga kesehatan dan perubahannya dari tahun 2004 hingga tahun 2006 dapat dilihat secara lebih jelas dalam tabel di bawah ini<sup>10</sup>.

**Tabel 4.4.**  
**Jumlah Tenaga Medis di Kabupaten Lebak**

No.	Uraian	2004 <sup>11</sup>	2005	2005
1.	Dokter Umum	57	69	88
2.	Dokter Gigi	19	8	22
3.	Bidan	199	187	208
4.	Perawat Umum	185	232	232
5.	Perawat Gigi	10	17	20
6.	Tenaga Kesehatan Lainnya	38	272	272
<b>Jumlah</b>		<b>508</b>	<b>785</b>	<b>813</b>

Sumber: Dinas Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial

<sup>9</sup> As'ad, M. 2003. *Phisikologi Industri*, edisi revisi, Yogyakarta: Liberty (*working paper* no. 4, Jan 2006).

<sup>10</sup> Berdasarkan data "Rencana Strategis Kabupaten Lebak 2004-2009", 2004.

<sup>11</sup> Berdasarkan data yang terdapat di "Data Pokok Pembangunan Kabupaten Lebak, 2005-2006".



Pada tahun 2004, rasio antara jumlah penduduk Kabupaten Lebak dengan jumlah tenaga kesehatan adalah 4,51:10.000.

### 3.1. Dokter

Jumlah dokter yang ada di Kabupaten Lebak pada tahun 2005 adalah 77 orang. Jumlah tersebut meliputi dokter umum sebanyak 69 orang dan dokter gigi sebanyak delapan orang. Jumlah tersebut meningkat sebanyak 33 orang pada tahun 2006. Jumlah dokter umum di Kabupaten Lebak pada tahun 2006 adalah sebanyak 88 orang dan jumlah dokter gigi sebanyak 22 orang. Jumlah tenaga medis tersebut tersebar secara merata di seluruh kecamatan yang ada di Kabupaten Lebak. Jumlah tenaga medis menyebar di seluruh Kecamatan berkisar antara 1-5 orang. Sementara, jumlah perawat dan bidan menyebar di seluruh Kecamatan yang berkisar antara 2-31 orang. Untuk lebih jelasnya, penyebaran jumlah tenaga medis di wilayah ini dapat dilihat dalam Tabel 4.5.

**Tabel 4.5**  
**Penyebaran Jumlah Tenaga Medis di Kabupaten Lebak Tahun 2006**

No.	Kecamatan	Dokter Spesialis	Dokter Umum	Dokter Gigi
1.	Rangkasbitung	0	5	3
2.	Cibadak	0	3	0
3.	Warunggunung	0	2	3
4.	Cikulur	0	1	0
5.	Maja	0	2	1
6.	Curugbitung	0	1	0
7.	Sajira	0	3	0
8.	Cipanas	0	3	2
9.	Muncang	0	2	1
10.	Sobang	0	2	1
11.	Cimarga	0	3	1
12.	Leuwidamar	0	4	1
13.	Bojongmanik	0	4	0
14.	Cileles	0	4	0
15.	Gunungkencana	0	1	0
16.	Banjarsari	0	5	0
17.	Malingping	0	2	1
18.	Wanasalam	0	1	1
19.	Cijaku	0	3	1
20.	Panggarangan	0	2	0
21.	Bayah	0	1	1
22.	Cilograng	0	2	1
23.	Cibeber	0	3	0
<b>Jumlah/Total</b>		<b>0</b>	<b>59</b>	<b>18</b>
<b>RS Adjidarmo</b>		<b>25</b>	<b>22</b>	<b>3</b>
<b>RS MISI</b>		<b>15</b>	<b>7</b>	<b>1</b>

*Sumber:* Subag Kepegawaian Dinas Kesehatan Lebak.

Sementara itu di Kabupaten Lebak, data dari Dinas Kesejahteraan Sosial Kabupaten Lebak tahun 2005 menunjukkan bahwa jumlah pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di Kabupaten Lebak adalah sebanyak 13.060 orang dari total jumlah pertolongan persalinan sebanyak 23.377 persalinan. Jumlah tersebut adalah sebanyak 56%. Sementara, jumlah pertolongan persalinan oleh tenaga non medis adalah sebanyak 7.902 orang. Dari jumlah persalinan sebanyak 23.377 orang, terdapat sejumlah masyarakat sebanyak 2.415 orang yang hanya didampingi dalam melakukan persalinan. Untuk lebih jelasnya, pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan dapat dilihat dalam Tabel 4.6.

**Tabel 4.6**  
**Jumlah dan Penyebaran Pertolongan oleh Tenaga Medis**  
**di Kabupaten Lebak Tahun 2005**

No.	Kecamatan	Jumlah Persalinan	Pertolongan Persalinan oleh Tenaga Medis	
			Jumlah	Persentase
1.	Malingping	1.122	736	65,6
2.	Wanasalam	1.107	416	37,6
3.	Panggarangan	1.309	635	48,5
4.	Bayah	757	757	100,0
5.	Cilograng	549	408	74,3
6.	Cibeber	1.306	672	51,5
7.	Cijaku	904	440	48,7
8.	Banjarsari	1.009	637	63,1
9.	Cileles	864	372	43,1
10.	Gunung Kencana	478	198	41,4
11.	Bojongmanik	868	371	42,7
12.	Leuwidamar	1.007	589	58,5
13.	Muncang	604	273	45,2
14.	Sobang	428	393	91,8
15.	Cipanas	1.027	415	40,4
16.	Sajira	1.227	478	39,0
17.	Cimarga	1.282	848	66,1
18.	Cikulur	828	326	39,4
19.	Warunggunung	1.065	522	49,0
20.	Cibadak	1.116	828	74,2
21.	Rangkasbitung	2.908	1.937	66,6
22.	Maja	936	556	59,4
23.	Curugbitung	676	253	37,4
<b>Jumlah/Total</b>		<b>23.377</b>	<b>13.060</b>	<b>56,0</b>

Sumber: Dinas Kesejahteraan Sosial Kabupaten Lebak tahun 2005

Jumlah pertolongan persalinan tersebut mengalami penurunan persentase pada tahun 2006. Pada tahun 2006, jumlah pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan adalah sebanyak 15.796 dari jumlah persalinan sebanyak 34.699. Jika dipersentasekan, jumlah tersebut adalah sebanyak 45,5%.

### 3.2. Bidan

Berdasarkan temuan WRI, masyarakat Kabupaten Lebak lebih suka melakukan persalinan dengan bidan. Hal yang mendorong masyarakat untuk melakukan persalinan dengan bantuan bidan adalah bidan dapat diminta untuk melakukan pertolongan persalinan di rumah masyarakat sebagaimana yang dilakukan oleh dukun beranak. Namun, hal ini hanya bisa dilakukan oleh bidan dalam jumlah kecil saja. Proses pertolongan persalinan oleh bidan di rumah masyarakat terhambat oleh faktor jauhnya jarak rumah antara bidan dengan masyarakat. Hal ini mengakibatkan masih banyak masyarakat yang meminta bantuan persalinan kepada dukun beranak.

Selain faktor tersebut, ada beberapa hal yang juga menghambat masyarakat untuk meminta bantuan persalinan kepada bidan. Faktor lain yang menghambat masyarakat Kabupaten Lebak dalam mengakses pertolongan persalinan oleh bidan adalah karena Bides merangkap sebagai bidan praktik. Maksudnya, selain bertugas di rumah dinas seperti Pustu misalnya, bidan juga membuka praktik. Akibatnya, pada jam di luar waktu dinas, bidan tidak ada di kantor. Hal ini tentu saja menghambat masyarakat yang ingin meminta bantuannya dalam melakukan persalinan. Faktor berikutnya adalah kebanyakan bidan yang ada di daerah ini tidak menempati rumah dinas. Bidan mempunyai rumah sendiri atau bahkan membuka praktik di rumahnya sendiri. Umumnya, rumah bidan jauh dari desa tempat ia bertugas. Kondisi ini juga menghambat masyarakat dalam mengakses pertolongan persalinan oleh bidan. Lebih lanjut, layanan masyarakat juga terhambat untuk meminta bantuan persalinan kepada bidan karena terbatasnya ketersediaan jumlah bidan.

#### Rahma

Desa Pasir Tanjung, Kecamatan Rangkasbitung, Kabupaten Lebak

Selama menstruasi, Rahma mengaku sering mengalami masalah terkait dengan menstruasinya. Ia sering mengalami sakit *dilepan* yang rasanya sangat sakit sebagaimana sakitnya orang melahirkan. Ia merasa mules yang sangat sakit. Rahma mengatakan bahwa ketika masih gadis, darah menstruasi Rahma sangat banyak. Namun, ketika sudah menikah, ia mengaku bahwa darah menstruasinya menjadi sedikit.

Selain mengalami menstruasi, Rahma juga mengalami masalah kesehatan pada saat hamil. Masalah yang ia alami adalah berupa sakit selama satu bulan. Pada saat persalinannya yang pertama, Rahma mengaku bahwa ia merasa mules-mules. Rasa mules tersebut ia rasakan sejak pagi hari. Saat itu juga, suaminya memanggil *paraji*. Namun, bayi yang dikandungnya belum juga keluar. Bayinya baru keluar ketika sudah sore hari. Akan tetapi, kelahiran bayinya tidak normal. Ketidaknormalan

tersebut disebabkan oleh pantat bayi yang keluar terlebih dahulu bukan kepalanya. Ketika pantatnya keluar dulu, kepala bayi Rahma menyangkut selama dua jam. Akhirnya, bayinya tidak bisa bernafas dan kemudian meninggal dunia.

Masalah lain terkait dengan kesehatan reproduksinya adalah merasakan pusing dan pendarahan pada saat menggunakan alat KB berupa pil. Rahma kemudian menggantinya dengan menggunakan KB suntik. Namun, ia mengaku bahwa menstruasinya menjadi tidak teratur dan kadang-kadang darah menstruasinya hanya keluar sedikit saja tetapi dalam waktu lebih dari satu minggu. Sebelum memakai KB suntik, Rahma biasanya mengalami menstruasi paling lama satu minggu.

Pada saat mengalami masalah berupa pusing dan pendarahan pasca penggunaan KB berupa pil, Rahma mengaku tidak memeriksakannya ke bidan. Ia juga tidak meminta pelayanan ke *paraji* dan tidak pergi ke fasilitas pelayanan kesehatan lainnya. Ia mengaku hanya mengatasinya dengan meminum jamu. Bahkan, kadang Rahma mengatasinya dengan meminum *Sprite*. Rahma merasa cocok dengan cara tersebut. Menurut Rahma, cara tersebut ia dapat dari temannya. Untuk mengatasi masalah pusing yang ia rasakan, ia hanya mengatasinya dengan membeli obat sakit kepala di warung. Rahma selanjutnya memilih untuk tidak lagi menggunakan alat kontrasepsi. Namun, setelah proses persalinannya yang kedua, Rahma mencoba kembali untuk menggunakan alat kontrasepsi berupa suntik tiga bulan ke bidan.

Pada saat mengalami kehamilan, Rahma biasanya melakukan pemeriksaan ke bidan di Posyandu. Ia mengaku rutin memeriksakan kandungannya ke bidan di Posyandu dalam setiap bulannya. Namun, ia juga memeriksakan kandungannya ke *paraji* ketika usia kandungannya memasuki empat bulan. Hal ini dilakukan oleh kebanyakan masyarakat di desanya. Perempuan yang hamil di bawah empat bulan belum boleh memeriksakan kandungannya ke *paraji*. Menurut mitos yang beredar, kandungan yang berumur tiga bulan masih berupa darah, jadi tidak boleh dipijat. Ketika periksa ke *paraji*, kandungannya diurut oleh *paraji* kemudian di *gedog*.

Ketika melahirkan, Rahma ditolong oleh *paraji*. Untuk persalinannya yang kedua, Rahma juga memilih untuk meminta bantuan kepada *paraji*, meskipun ia sudah mendengar dan mengetahui jika menggunakan Keluarga Miskin (Gakin), maka biaya untuk proses melahirkan di bidan bisa gratis. Ia merasa sudah terbiasa dengan pelayanan *paraji* dalam menolong persalinan dibanding bidan.

Dalam mengatasi masalah kesehatan reproduksi yang dialaminya, Rahma mengaku mengalami beberapa masalah atau hambatan dalam mengakses fasilitas pelayanan kesehatan atau tenaga kesehatan.

Rahma mengaku kesulitan dalam mengakses bidan karena tidak ada satupun bidan yang tinggal di desanya. Bidan desa yang bertugas di wilayah kerja desanya tinggal di daerah perkotaan. Hal ini menyebabkan ia hanya bisa mengakses bidan

ketika ada kegiatan Posyandu yang dilaksanakan selama 1 bulan sekali. Ia kadang-kadang bisa mengakses bidan ketika bidan bertugas di Pustu yang ada di desanya. Menurut Rahma, keberadaan bidan desa di Pustu tersebut jarang sekali.

Tidak tersedianya bidan di desanya, menyebabkan Rahma harus mengakses bidan di desa tetangganya atau di kota. Jarak antara desa dengan desa tetangganya tersebut adalah 2 km. Jarak tersebut tidak bisa dilalui oleh sarana transportasi umum. Hal ini disebabkan oleh tidak adanya sarana transportasi umum yang tersedia di desanya. Ia hanya bisa menggunakan ojek. Kondisi ini menjadi sangat susah bagi dirinya yang sedang mengalami kehamilan karena kondisi geografis yang sulit di desanya. Kondisi desa Rahma berupa pegunungan dengan kondisi jalan yang naik turun dan sangat curam. Sementara, jalanan di desanya belum seluruhnya berupa aspal. Jalanan di desanya berupa bebatuan dan sangat licin ketika terjadi hujan. Selain itu, kondisi jalanan yang dilewatinya ketika menuju ke desa tetangganya adalah hutan dan perkebunan yang terkenal tidak aman dan sangat rawan dengan tindakan kriminalitas. Hal lain yang membuat Rahma terhambat untuk mengakses bidan adalah kesulitan biaya untuk transportasi menuju bidan di desa tetangga atau di kota.

Terbatasnya jumlah bidan yang ada selanjutnya menyebabkan penyebaran keberadaan bidan tidak merata di seluruh desa yang ada di Kabupaten Lebak. Bidan di daerah Lebak kebanyakan berada di daerah tertentu. Umumnya, mereka cenderung tinggal dan memilih untuk membuka praktik pelayanan kesehatan di wilayah kota dan pinggiran kota. Hal ini menyebabkan jarak rumah bidan dengan masyarakat terutama masyarakat yang berada di pedalaman sangat jauh. Kondisi ini selanjutnya menyebabkan masyarakat cenderung memilih bantuan persalinan kepada dukun beranak. Apalagi, jumlah dukun beranak di daerah ini sangat banyak dan rata-rata tinggal bersama dengan masyarakat.

Apabila ditengarai lebih jauh, maka jumlah bidan di Kabupaten Lebak pada tahun 2005 adalah sebanyak 187 orang<sup>12</sup> dan mengalami peningkatan pada tahun 2006 menjadi 208 orang.<sup>13</sup> Bidan di Kabupaten Lebak terdiri dari bidan praktik swasta dan bidan pemerintah. Tingkat pendidikan bidan di Kabupaten Lebak juga berbeda. Sebagian besar dari jumlah bidan tersebut memang merupakan lulusan bidan. Sementara, sebagian kecil dari jumlah tersebut adalah berpendidikan D3 kebidanan. Dalam praktiknya, ketersediaan jumlah bidan di atas ternyata masih sangat kurang. Kekurangan yang dimaksudkan di sini adalah bahwa jumlah tersebut masih jauh dari jumlah desa yang ada di daerah Lebak, yaitu sebanyak 320 buah. Selain itu, jumlah bidan yang ada menyebar secara tidak merata.

<sup>12</sup> Berdasarkan data Dinas Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial Kabupaten Lebak, 2005.

<sup>13</sup> Berdasarkan wawancara dengan Kepala Bidang Pelayanan dan Kesehatan.

Akibatnya, dalam satu wilayah yang masuk kategori strategis, jumlah bidan menjadi sangat banyak. Sebaliknya, di wilayah perkampungan, bidan justru tidak ada. Memang, keberadaan bidan di Kabupaten Lebak tersebut, menyebar di seluruh kecamatan yang ada di wilayah ini. Penyebaran jumlah bidan di masing-masing kecamatan berkisar antara 2-31 orang. Untuk lebih jelasnya, penyebaran jumlah bidan dengan tingkat pendidikannya di masing-masing kecamatan (Puskesmas) dapat dilihat dalam Tabel 4.7.

**Tabel 4.7**  
**Penyebaran Jumlah Bidan di Masing-masing Kecamatan (Puskesmas)**  
**di Kabupaten Lebak Tahun 2006**

No.	Kecamatan	D3 Bidan	Bidan	Jumlah
1.	Rangkasbitung	9	22	31
2.	Cibadak	2	11	13
3.	Warunggunung	3	11	14
4.	Cikulur	1	9	10
5.	Maja	1	9	10
6.	Curugbitung	0	8	8
7.	Sajira	2	7	9
8.	Cipanas	2	14	16
9.	Muncang	0	2	2
10.	Sobang	0	2	2
11.	Cimarga	1	7	8
12.	Leuwidamar	1	8	9
13.	Bojongmanik	0	8	8
14.	Cileles	0	6	6
15.	Gunungkencana	0	4	4
16.	Banjarsari	6	7	13
17.	Malingping	1	7	8
18.	Wanasalam	0	6	6
19.	Cijaku	5	2	7
20.	Panggarangan	3	6	9
21.	Bayah	3	1	4
22.	Cilograng	1	3	4
23.	Cibeber	1	6	7
<b>Jumlah/Total</b>		<b>42</b>	<b>166</b>	<b>208</b>

*Sumber:* Subag Kepegawaian Dinas Kesehatan Lebak.

Di Kabupaten Lebak, kebanyakan bidan desa juga membuka praktik pribadi. Tidak terkecuali adalah bidan yang bertugas di fasilitas layanan kesehatan seperti puskesmas, rumah sakit, dan Pustu. Untuk bidan yang bertugas di fasilitas layanan kesehatan akan membuka praktiknya mulai sore hari. Namun, bagi bidan yang tidak bertugas di fasilitas layanan kesehatan akan membuka praktiknya pada pagi hari dan sore hari.

Bidan yang ada di Kabupaten Lebak memberikan berbagai bentuk pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan yang diberikan meliputi pelayanan kesehatan ibu atau maternal, pelayanan kesehatan reproduksi atau Infeksi Saluran Reproduksi (ISR), pelayanan KB, pelayanan kesehatan anak, dan pelayanan terhadap beberapa penyakit ringan. Pela-

yanan kesehatan ibu atau maternal yang dapat ditangani oleh bidan juga sangat banyak. Berbagai pelayanan terkait dengan kesehatan ibu adalah meliputi pelayanan ANC (pemeriksaan kehamilan), pelayanan PNC (pemeriksaan pada masa nifas), imunisasi, pemantauan gizi ibu, KB, dan pelayanan persalinan.

Biaya yang dikenakan oleh bidan untuk pelayanan kesehatan ibu atau maternal juga bervariasi, tergantung pada jenis pelayanan yang diberikan. Biaya yang dikenakan oleh bidan untuk pemeriksaan ibu hamil adalah sekitar Rp. 20.000,- hingga Rp. 30.000,-. Sementara, biaya yang dikenakan untuk pertolongan persalinan adalah sekitar Rp. 500.000,- hingga Rp. 700.000,-. Namun, biaya persalinan tersebut tidak berlaku bagi ibu yang mempunyai kartu Gakin. Untuk pemeriksaan pada masa nifas sudah ditarik biaya pelayanan karena sudah menjadi satu paket dengan pemeriksaan persalinan.

Pelayanan lain yang diberikan oleh Bidan adalah pelayanan yang terkait dengan kesehatan reproduksi. Termasuk dalam hal ini adalah pelayanan untuk masalah kesehatan ISR. Dalam pelayanan ini, Bidan memberikan informasi tentang kesehatan reproduksi dan pengobatan untuk gangguan saluran reproduksi. Namun, untuk kasus gangguan saluran reproduksi yang parah, Bidan menyarankan untuk berobat ke dokter spesialis. Pelayanan KB yang dapat ditangani oleh bidan meliputi suntik, pil, IUD, dan implant. Biaya untuk penggunaan alat KB tersebut tergantung pada jenis masing-masing alat KB. Biaya yang dikenakan untuk pelayanan pil adalah sebesar Rp. 5.000,-. Biaya yang dikenakan untuk suntik satu bulan adalah sebesar Rp. 10.000,- hingga Rp. 15.000,-. Sementara, biaya yang dikenakan oleh bidan untuk pelayanan suntik tiga bulan adalah sebesar Rp. 12.000,- hingga Rp. 15.000,- untuk jenis *depo provera*. Untuk jenis KB suntik tiga bulan yang *depo libi* adalah sebesar Rp. 20.000,-. Biaya yang dikenakan untuk pelayanan KB IUD adalah sebesar Rp. 100.000,-. Untuk pemasangan KB berupa implant, bidan mengenakan tarif sebesar Rp. 120.000,-. Selain pemasangan *implant*, bidan juga menangani pembongkaran implant. Biaya untuk jasa pelayanan ini adalah sebesar Rp. 20.000,- hingga Rp. 50.000,-.

Pelayanan kesehatan lain yang juga ditangani oleh bidan adalah pelayanan terhadap kesehatan anak sejak bayi atau balita. Pelayanan kesehatan yang dapat ditangani oleh bidan untuk kesehatan bayi, balita, dan anak meliputi berbagai bentuk pelayanan. Pelayanan yang dimaksud adalah pelayanan pemantauan gizi bayi dan balita, pemantauan perkembangan bayi dan balita, pelayanan imunisasi, pelayanan terhadap penyakit yang diderita oleh anak. Pelayanan terhadap penyakit yang dimaksud adalah meliputi penyakit-penyakit yang masuk kategori ringan, seperti batuk, flu, panas, demam, dan diare. Selain berbagai jenis pelayanan kesehatan di atas, bidan juga memberikan pelayanan kesehatan terhadap penyakit-penyakit ringan. Beberapa penyakit ringan yang dimaksud adalah panas, demam, batuk, influenza, sakit kepala, sakit gigi, dan sakit perut.

Untuk bidan yang juga bertugas sebagai bidan desa, ia mempunyai tugas dan tanggungjawab untuk memberikan beberapa pelayanan. Pelayanan kesehatan yang dimaksud adalah berupa pelayanan ANC, Pertolongan Persalinan, PNC, pelayanan di Posyandu, melakukan kunjungan KK Rawan, Penyuluhan Bayi dan Balita, KB, kehamilan, persalinan



dan nifas. Dalam melakukan tugasnya sebagai Bidan Desa, dia diharuskan memenuhi beberapa target pelayanan yang harus dipenuhi yaitu Pemeriksaan Ibu Hamil K1-K4 (90%), Persalinan oleh Nakes (85%), Imunisasi TT1 dan TT2 serta TT Calon Pengantin, Ibu hamil resiko tinggi (Resti) (20%) dan Ibu melahirkan Resti<sup>14</sup>.

Pelayanannya ibu hamil resti dilakukan oleh bidan mulai dari pendataan hingga pemeriksaan. Selain itu, bidan juga melakukan kunjungan. Hal ini juga dilakukan kepada ibu hamil lainnya meskipun dia tidak termasuk resiko tinggi. Kunjungan biasanya dilakukan pada hari yang sama dengan pelayanan Posyandu kecuali jika pelaksanaan Posyandu bersamaan, sehingga tidak sempat melakukan kunjungan rumah. Untuk kondisi ini, maka kunjungan rumah akan dilaksanakan pada hari selanjutnya yang luang.

Hal lain yang juga menjadi tugas dari bidan adalah memberikan penyuluhan kepada masyarakat. Untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat, bidan melakukan penyuluhan baik formal maupun informal. Penyuluhan secara formal dilakukan kepada banyak orang, sedangkan penyuluhan secara informal dilaksanakan kepada orang per orang. Penyuluhan secara formal dilaksanakan kepada Pembinaan Kesejahteraan Keluarga (PKK), masyarakat dan tokoh. Penyuluhan secara informal juga penting untuk dilakukan karena ada orang yang tidak bisa menghadiri pertemuan formal atau memang membutuhkan informasi. Materi penyuluhan adalah bervariasi tergantung pada isu kesehatan yang ada, atau kasus yang ada, seperti flu burung, HIV/AIDS, dan lain sebagainya. Dalam menjalankan tugasnya, bidan selalu berkoordinasi dengan kader. Untuk itu, bidan mengadakan pertemuan setiap bulan dengan kader.

### 3.3. Kader Posyandu

Untuk pemberian pelayanan di Posyandu, Kabupaten Lebak mempunyai kader Posyandu sebanyak 6.142 orang. Seluruh kader tersebut tidak seluruhnya merupakan kader aktif. Jumlah kader aktif di wilayah ini adalah sebanyak 3.450 orang. Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial Kabupaten Lebak, jumlah Posyandu di Kabupaten Lebak adalah 1.646 buah. Jumlah tersebut meliputi Posyandu Pratama, Madya, Purnama dan Mandiri. Jumlah Posyandu yang masuk kategori Pratama adalah sebanyak 1.289 buah. Jumlah Posyandu yang masuk dalam kategori Madya adalah sebanyak 252 buah. Jumlah Posyandu yang masuk kategori Purnama adalah sebanyak 103 buah. Sementara, jumlah Posyandu yang masuk kategori Mandiri adalah sebanyak dua buah.

Jumlah Posyandu dan kader aktif tersebut tersebar di seluruh kecamatan yang ada di Kabupaten Lebak dengan penyebaran yang berbeda satu sama lain. Penyebaran jumlah Posyandu di Kabupaten Lebak serta jumlah kadernya dapat dilihat dalam Tabel 4.8.

---

<sup>14</sup> Berdasarkan wawancara dengan bidan praktik dan bidan desa di Kelurahan Muara Ciujung Timur, Kecamatan Rangkasbitung, Kabupaten Lebak.

**Tabel 4.8**  
**Jumlah Posyandu dan Kader Aktif di Masing-Masing Kecamatan di Kabupaten Lebak**

No.	Kecamatan	Jumlah Posyandu	Jumlah Kader	Jumlah Kader Aktif
1.	Malingping	92	208	148
2.	Wanasalam	58	157	48
3.	Panggarangan	87	435	252
4.	Bayah	48	220	164
5.	Cilograng	48	205	123
6.	Cibeber	79	318	170
7.	Cijaku	64	310	176
8.	Banjarsari	80	300	165
9.	Cileles	55	86	36
10.	Gunung Kencana	55	265	151
11.	Bojongmanik	74	317	213
12.	Leuwidamar	72	360	270
13.	Muncang	33	165	87
14.	Sobang	42	200	105
15.	Cipanas	77	365	176
16.	Sajira	57	205	150
17.	Cimarga	78	303	90
18.	Cikurur	53	165	56
19.	Warunggunung	67	221	159
20.	Cibadak	63	336	196
21.	Rangkasbitung	168	725	382
22.	Maja	55	140	81
23.	Curugbitung	34	136	52
<b>Jumlah/Total</b>		<b>1.539</b>	<b>6.142</b>	<b>3.450</b>

*Sumber:* Lebak dalam Angka, tahun 2007

Para kader Posyandu mendapatkan berbagai pelatihan baik sebelum menjadi kader hingga pada saat masih menjadi kader. Para kader mendapatkan berbagai materi dalam pelatihan tersebut. Materi yang dimaksud adalah meliputi AKI, AKB, obat tambah darah untuk ibu hamil, dan 3T yang menyebabkan terjadinya AKI, yaitu terlambat mengetahui, terlambat mengambil keputusan, dan terlambat menerima pertolongan<sup>15</sup>.

Selain itu, para kader Posyandu juga dilatih untuk menjadi pengganti bidan dalam beberapa hal. Para kader dibentuk untuk menjadi mediator antara masyarakat dan bidan. Dalam hal ini, kader bertugas untuk mendata jumlah ibu hamil yang mempunyai resti, dan persalinan. Para kader ini selanjutnya diharapkan untuk tanggap dengan proses persalinan yang akan dilakukan oleh para ibu di kampung dengan menyediakan ambulan desa. Para kader juga mendata jumlah bayi yang masuk kategori gizi buruk untuk selanjutnya memberinya vitamin dan mendorong mereka untuk rutin memeriksakan ke Posyandu.

Tenaga kesehatan lain yang dianggap cukup membantu masyarakat adalah mantri.

<sup>15</sup> Berdasarkan informasi yang disampaikan salah seorang kader Posyandu di daerah Cikarang, Kabupaten lebak.

Sebagian masyarakat dan petugas kesehatan Kabupaten Lebak menyebut mantri dengan istilah perawat. Jumlah mantri atau perawat yang ada di Kabupaten Lebak pada tahun 2005 adalah sebanyak 249 orang. Jumlah tersebut terdiri atas perawat umum dan perawat gigi. Jumlah perawat umum yang ada di Kabupaten Lebak adalah sebanyak 232 orang pada tahun 2005. Jumlah tersebut tidak mengalami peningkatan pada tahun 2006. Selain jumlah tersebut, di Kabupaten Lebak juga terdapat perawat gigi sebanyak 17 orang. Pada tahun 2006, jumlah perawat gigi meningkat menjadi 20 orang.

Perawat yang ada di wilayah ini memiliki tingkat pendidikan yang berbeda. Sebagian besar dari jumlah perawat tersebut adalah lulusan Sekolah Pendidikan Kebidanan (SPK). Selanjutnya, sebagian lainnya adalah lulusan D3 perawat dan sedikit sekali perawat yang merupakan lulusan sarjana keperawatan. Keberadaan perawat yang ada di Kabupaten Lebak juga memberikan pelayanan kesehatan. Dalam memberikan pelayanan kesehatan, mantri atau perawat biasanya membuka praktik. Mantri atau perawat akan memberikan pelayanan secara langsung kepada pasien yang datang. Namun, jika pasien tidak bisa datang, mantri bersedia dipanggil untuk memberikan pelayanan di rumah pasien.

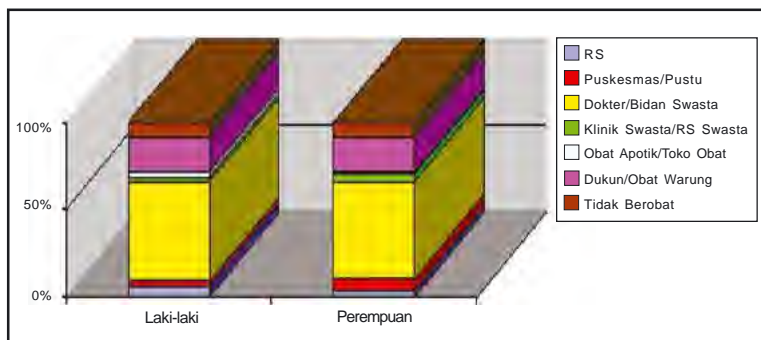
Pelayanan kesehatan yang dapat ditangani oleh mantri atau perawat adalah meliputi penyakit-penyakit ringan saja. Penyakit yang dimaksud meliputi sakit perut, sakit kepala, nyeri pada otot, sakit gigi, penyakit kulit atau alergi, diare, demam, panas, batuk, influenza, infeksi saluran pernapasan, kecelakaan ringan, dan lain-lain. Biaya yang dikenakan untuk pelayanan kesehatan ringan tersebut berkisar antara Rp. 20.000,- hingga Rp. 30.000,-. Jumlah tersebut juga dikenakan pada pasien yang mempunyai kartu Gakin.

Di Kabupaten Lebak terdapat mantri perempuan yang membuka praktik. Selain memberikan pelayanan pengobatan untuk kesehatan umum yang masuk kategori ringan, mantri ini juga dapat memberikan pelayanan persalinan. Padahal, seharusnya pelayanan ini tidak diperbolehkan jika dilihat dari aspek kesehatan. Namun, pihak rumah sakit menyatakan bahwa hal tersebut diperbolehkan karena mantri perempuan sudah diberi pelatihan dan pembinaan mengenai persalinan. Biaya persalinan yang dikenakan adalah sebanyak Rp. 350.000,- hingga Rp. 500.000,-. Namun, hal ini tidak berlaku bagi masyarakat yang mempunyai kartu Gakin. Masyarakat dengan kartu Gakin tidak dikenai biaya.

#### **4. Ketersediaan Fasilitas dan Pelayanan Tenaga Kesehatan Jembrana**

Di Kabupaten Jembrana terdapat beberapa tenaga yang memberikan pelayanan kesehatan. Tenaga tersebut terdiri atas tenaga medis dan tenaga non medis. Masing-masing tenaga medis memberikan pelayanan yang berbeda. Dalam sub bab ini akan digambarkan tentang keberadaan tenaga medis dan tenaga non medis, pelayanan kesehatan yang diberikan, dan akses masyarakat terhadap tenaga tersebut. Ketersediaan tenaga kesehatan yang bisa diakses oleh masyarakat menurut persepsi mereka sendiri tampak dalam Grafik 4.6.

**Grafik 4.6.**  
**Ketersediaan Tenaga Kesehatan menurut Persepsi Masyarakat**



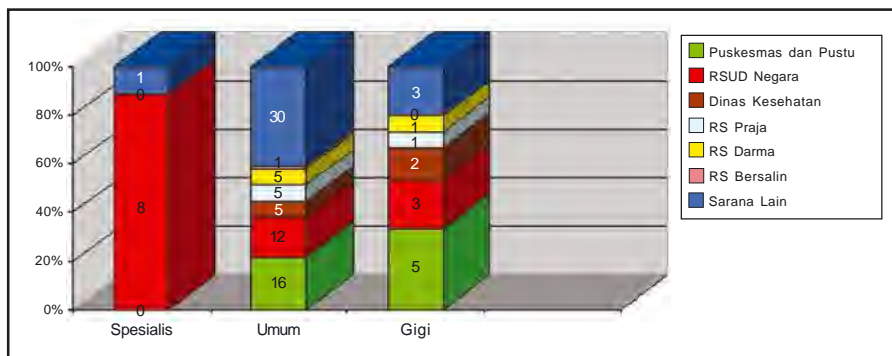
#### 4.1. Ketersediaan Tenaga Medis

Di Kabupaten Jembrana terdapat beberapa petugas kesehatan yang tinggal dan memberikan pelayanan kesehatan. Beberapa petugas kesehatan yang ada di Kabupaten Jembrana meliputi dokter, mantri atau perawat, dan bidan. Keberadaan petugas kesehatan tersebut tersebar di seluruh kecamatan yang ada di Kabupaten Jembrana dengan persentase jumlah yang berbeda di masing-masing kecamatan.

##### 4.1.1. Keberadaan dan Pelayanan Dokter

Jumlah dokter di Kabupaten Jembrana adalah 98 orang.<sup>16</sup> Jumlah tersebut meliputi dokter umum, dokter gigi, dan dokter spesialis. Jumlah dokter umum di Kabupaten Jembrana adalah 74 orang. Jumlah dokter gigi adalah 15 orang. Sementara itu, jumlah dokter spesialis di Kabupaten Jembrana adalah sembilan orang. Jumlah tersebut dapat dilihat secara lebih terperinci dalam Grafik 4.7.

**Grafik 4.7.**  
**Jumlah Dokter di Sarana Kesehatan Kabupaten Jembrana**



Sumber: Dinas Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial Kabupaten Jembrana, 2005.

<sup>16</sup> Berdasarkan data yang tersedia di Dinas Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial Kabupaten Jembrana, 2005.

Dokter spesialis yang terdapat di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) meliputi beberapa ahli. Ke tujuh dokter spesialis yang ada adalah laki-laki yang terdiri atas dua orang ahli kandungan, satu orang ahli saraf, satu orang ahli anak, satu orang ahli bedah, dan dua orang ahli penyakit dalam. Sementara itu, seorang dokter spesialis perempuan adalah merupakan dokter ahli anak. Dokter di Kabupaten Jembrana sebagian besar sudah mendaftar sebagai pemberi pelayanan dengan menggunakan fasilitas Jaminan Kesehatan Jembrana (JKJ). Dari jumlah dokter yang ada, hanya terdapat lima orang dokter yang tidak menerima pasien yang menggunakan fasilitas JKJ. Kelima dokter tersebut terdiri atas tiga orang dokter umum dan dua orang dokter gigi.<sup>17</sup>

Dalam data yang berbeda, jumlah dokter di Jembrana yang memberikan fasilitas pelayanan JKJ adalah 78 orang pada tahun 2005. jumlah tersebut tersebar di seluruh kecamatan dengan komposisi jumlah yang sangat timpang yaitu lima orang di Kecamatan Melaya, 51 orang di Kecamatan Negara, 14 orang di Kecamatan Mendoyo, dan delapan orang di Kecamatan Pekutatan.<sup>18</sup> Jika dilihat berdasarkan perhitungan rasio jumlah dokter dibanding jumlah penduduk yang ada, jumlah dokter di Kabupaten Jembrana sudah mendekati rasio yang ditargetkan pemerintah. Pemerintah telah menargetkan rasio dokter di Indonesia untuk tahun 2010 adalah 1:5000. Sementara itu, pada tahun 2005, rasio jumlah dokter di Jembrana adalah 1:2589.<sup>19</sup> Padahal Kabupaten Jembrana masih akan membuka kesempatan bagi dokter-dokter yang membuka praktik di Jembrana sebanyak kurang lebih 50 orang untuk setiap tahunnya. Dalam profil kesehatan Kabupaten Jembrana tahun 2005, terdapat perhitungan nilai rasio dokter dengan jumlah penduduk pada tahun 2005 sebanyak 253.403 jiwa berdasarkan rasio 100.000 penduduk. Nilai rasio yang dimaksud dapat dilihat dalam Tabel 4.9.

**Tabel 4.9.**  
**Jumlah dan Rasio Dokter di Kabupaten Jembrana Tahun 2005**

No.	Jenis Tenaga Kesehatan	2005	
		Jumlah	Rasio
1.	Dokter Spesialis	9	3,55
2.	Dokter Umum	74	29,20
3.	Dokter Gigi	15	5,95

*Sumber:* Dinas Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial Kabupaten Jembrana, 2005.

Jika dilihat berdasarkan jumlah desa yang ada di Kabupaten Jembrana, sebenarnya jumlah dokter sudah bisa memenuhi kebutuhan. Akan tetapi, dalam realitanya, jumlah

<sup>17</sup> Berdasarkan wawancara dengan Kepala Bidang Pelayanan dan Kesehatan Dinas Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial Kabupaten Jembrana. Data ini juga dapat dilihat dalam Jembrana dalam Angka tahun 2006.

<sup>18</sup> BPS. 2006. Jembrana dalam Angka 2006, hlm. 146.

<sup>19</sup> Berdasarkan wawancara dengan Kepala Bidang Pelayanan dan Kesehatan, Dinas Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial Kabupaten Jembrana.

dokter tersebut masih dianggap kurang. Hal ini terbukti dengan tidak tersedianya dokter di setiap desa yang ada di Jembrana, baik dokter praktik maupun dokter yang tinggal. Selain itu, kurangnya keberadaan dokter juga disebabkan kurang meratanya penyebaran dokter di setiap desa, bahkan di setiap kecamatan. Keberadaan dokter masih terkumpul di wilayah-wilayah strategis yaitu wilayah perkotaan.

Sebagian besar dokter umum di Kabupaten Jembrana membuka praktik pada sore hari dimulai pada pukul 17.00-21.00 WITA. Hal ini disebabkan tugas dokter di fasilitas dan sarana kesehatan umum. Pada pagi hari, dokter umum bertugas di RSUD, Rumah Sakit Swasta, Klinik, Puskesmas, dan Pustu. Namun ada beberapa dokter yang membuka praktik dua kali dalam sehari yaitu pagi hari dan sore hari. Dokter membuka praktiknya mulai pukul 07.00-12.00 WITA. Kemudian, dokter menutup tempat praktiknya dan membukanya kembali pada pukul 16.00-20.00 WITA. Hal ini dilakukan oleh dokter yang paginya tidak bertugas di sarana dan fasilitas kesehatan lainnya. Selain itu, jam praktik tersebut juga dilakukan oleh dokter yang telah mempunyai klinik pribadi.

Dokter umum di Kabupaten Jembrana memberikan berbagai bentuk pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan yang diberikan oleh dokter adalah meliputi pelayanan terhadap berbagai bentuk penyakit ringan, pelayanan KB, pelayanan pada penyakit Infeksi Menular Seksual (IMS), pelayanan terkait dengan kesehatan reproduksi, penyakit menular atau penyakit berat, dan pelayanan maternal. Penyakit-penyakit ringan yang dapat ditangani oleh dokter umum adalah panas, demam, batuk, influenza, sakit kepala, sakit gigi, sakit perut, dan lain sebagainya. Dalam memberikan pelayanan tersebut, dokter mengenakan biaya sebesar Rp. 15.000,- hingga Rp. 30.000,-. Namun, bagi pasien yang menjadi peserta JKK, dokter tidak memungut biaya. Biaya pelayanan kesehatan untuk peserta JKK akan dibayarkan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Daerah dengan tarif yang telah ditetapkan. Tarif yang dikenakan untuk pasien yang menjadi peserta JKK berbeda dengan pasien yang tidak menjadi peserta JKK untuk pelayanan kesehatan ini.

Selain penyakit ringan, dokter umum juga memberikan pelayanan terhadap berbagai penyakit menular dan penyakit berat. Penyakit menular yang dapat ditangani oleh dokter umum meliputi semua penyakit menular dan berat seperti hepatitis, HIV/AIDS, darah tinggi, darah rendah, diabetes, jantung, dan lain sebagainya. Penyakit-penyakit tersebut dapat ditangani oleh dokter selama kondisinya masih belum parah dan tidak membahayakan. Namun, jika kondisinya sudah parah, dokter menyarankan pergi ke Rumah Sakit atau fasilitas kesehatan lainnya yang memiliki peralatan medis lebih lengkap dan memberikan perawatan lebih intensif. Biaya yang dikenakan untuk pengobatan ini juga berkisar antara Rp. 15.000,- hingga Rp. 30.000,-. Biaya tersebut hanya dikenakan kepada pasien yang tidak menjadi peserta JKK. Dokter tidak memungut biaya kepada pasien yang menjadi peserta JKK. Biaya pelayanan kesehatan untuk peserta JKK juga akan dibayarkan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Daerah dengan tarif yang telah ditetapkan. Tarif yang dikenakan untuk pasien peserta JKK juga berbeda dengan pasien bukan peserta JKK.

Selain penyakit tersebut, dokter juga melayani konsultasi untuk penyakit IMS dan



pengobatan gangguan saluran reproduksi. Berbagai bentuk penyakit IMS dapat ditangani oleh dokter. Sementara itu, masalah gangguan saluran reproduksi yang bisa dilayani adalah keputihan. Penyakit-penyakit tersebut hanya dapat ditangani selama kondisinya masih bersifat ringan. Jika kondisi penyakit tersebut sudah parah, maka dokter menyarankan untuk membawanya ke dokter spesialis atau rumah sakit atau fasilitas kesehatan lainnya. Biaya pemeriksaan untuk penyakit ini sebesar Rp. 20.000,- hingga Rp. 30.000,-. Biaya tersebut juga hanya dikenakan bagi pasien bukan peserta JKK dengan prosedur yang sama sebagaimana di atas. Selain memberikan pelayanan terhadap berbagai bentuk penyakit, dokter juga memberikan pelayanan terkait dengan kesehatan reproduksi, KB, dan maternal. Pelayanan maternal, KB, dan Kesehatan reproduksi yang diberikan oleh dokter meliputi pemeriksaan ibu hamil, pelayanan KB suntik, pelayanan pemakaian alat kontrasepsi, pemberian informasi tentang alat kontrasepsi, pelayanan dan konsultasi kesehatan reproduksi, pengobatan gangguan pada saluran reproduksi, dan pengobatan infertilitas.

#### 4.2. Keberadaan dan Pelayanan Mantri (Perawat)

Sebagian masyarakat dan petugas kesehatan yang ada di Kabupaten Jembrana menyebut mantri dengan istilah perawat. Jumlah mantri atau perawat di Kabupaten Jembrana pada tahun 2005 adalah 195 orang.<sup>20</sup> Selain jumlah tersebut, di Kabupaten Jembrana juga terdapat perawat gigi sebanyak 22 orang. Jumlah tersebut terdiri atas mantri atau perawat lulusan D3 Keperawatan dan Sekolah Keperawatan. Untuk lebih jelasnya, komposisi jumlah mantri atau perawat yang ada di Kabupaten Jembrana berdasarkan tingkat pendidikan dan penyebarannya di sarana kesehatan dapat dilihat dalam Tabel 4.10. sebagai berikut.

**Tabel 4.10.**  
**Jumlah Tenaga Keperawatan di Sarana Kesehatan Kabupaten Jembrana**

No.	Jenis Tenaga Kesehatan	Jumlah Tenaga Medis			
		Sarjana Keperawatan	D3 Perawat	Lulusan SPK	Jumlah
1.	Puskesmas termasuk Pustu	0		32	41
2.	RSUD Negara	0		52	109
3.	Dinkes Kabupaten	0		0	1
4.	RS Praja Husada Gilimanuk	0		11	12
5.	RS Darma Sentana	0		10	14
6.	RS Bersalin Kerta Yasa	0		1	5
7.	Sarana Kesehatan lainnya	0		13	13
Jumlah		0		119	195

*Sumber:* Dinas Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial Kabupaten Jembrana tahun 2005.

<sup>20</sup> Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial Kabupaten Jembrana tahun 2005. Jumlah tersebut terdiri atas perawat lulusan SPK, D3 perawat, dan S1 perawat.



Dalam profil kesehatan Kabupaten Jembrana tahun 2005, terdapat perhitungan nilai rasio mantri atau perawat dengan jumlah penduduk pada tahun 2005 sebanyak 253.403 jiwa berdasarkan rasio 100.000 penduduk. Nilai rasio yang dimaksud dapat dilihat dalam Tabel 4.11. sebagai berikut.

**Tabel 4.11.**  
**Jumlah dan Rasio Mantri/Perawat di Kabupaten Jembrana, 2005**

No.	Jenis Tenaga Kesehatan	2005	
		Jumlah	Rasio
1.	Perawat	195	76,95
2.	Perawat Gigi	22	8,68

*Sumber:* Dinas Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial Kabupaten Jembrana, 2005.

Jumlah tenaga kesehatan seperti yang ada di dalam Tabel 4.11. sebenarnya sudah sangat mencukupi jika dilihat dari jumlah desa yang ada di Jembrana. Akan tetapi, dalam realitanya, keberadaan jumlah mantri atau perawat masih belum tersebar secara merata di seluruh desa di Kabupaten Jembrana. Hal ini terbukti dengan masih ada desa yang tidak mempunyai mantri karena tidak ada satu pun mantri yang tinggal atau membuka praktik di desa itu.

Keberadaan mantri dan perawat di Kabupaten Jembrana juga memberikan pelayanan kesehatan. Dalam memberikan pelayanan kesehatan, mantri atau perawat biasanya membuka praktik dengan memberikan pelayanan langsung kepada pasien yang datang. Namun jika pasien tidak bisa datang, mantri bersedia dipanggil untuk memberikan pelayanan di rumah pasien. Sementara itu, waktu praktik mantri juga berbeda-beda. Sebagian ada yang membuka praktik hanya pada sore hari, yaitu mulai pukul 17.00-20.00 WITA. Hal itu disebabkan oleh adanya tugas perawat atau mantri di fasilitas kesehatan lainnya pada pagi hari. Namun, ada juga mantri atau perawat yang sudah membuka praktik sejak pagi hari dan kemudian dilanjutkan pada sore hari. Pelayanan kesehatan yang dapat ditangani oleh mantri atau perawat adalah meliputi penyakit-penyakit ringan saja. Penyakit yang dimaksud adalah sakit perut, sakit kepala, nyeri pada otot, sakit gigi, penyakit kulit atau alergi, diare, demam, panas, batuk, influenza, infeksi saluran pernapasan, kecelakaan ringan, dan lain-lain. Mantri tidak memberikan pelayanan terkait dengan kesehatan reproduksi, KB, dan pelayanan kesehatan ibu.

Biaya yang dikenakan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dari mantri atau perawat adalah berkisar Rp. 7.000,- hingga Rp. 25.000,-. Biaya tersebut berlaku untuk semua pasien, baik yang menjadi peserta JKKJ maupun tidak. Pilihan masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan kepada mantri atau perawat karena, antara lain, sudah merasa cocok, sakit yang mereka rasakan cepat hilang dan sembuh, jarak yang dekat dan biaya yang murah.

### 4.3. Keberadaan dan Pelayanan Bidan

Jumlah bidan di Kabupaten Jembrana pada tahun 2005 adalah 134 orang.<sup>21</sup> Namun saat ini jumlah bidan di Kabupaten Jembrana adalah 160 orang.<sup>22</sup> Bidan tersebut terdiri atas bidan praktik swasta dan bidan pemerintah. Bidan pemerintah adalah merupakan bidan petugas yang ada di Puskesmas atau desa. Sementara itu, bidan praktik adalah bidan yang membuka praktik secara pribadi. Jumlah tersebut juga meliputi bidan dengan tingkat pendidikan D3 perbidanan.

**Tabel 4.12.**  
**Jumlah Tenaga Bidan di Sarana Kesehatan Kabupaten Jembrana**

No.	Unit Kerja	Jumlah Tenaga Medis		
		D3 Bidan	Bidan	Jumlah
1.	Puskesmas termasuk Pustu	18	52	70
2.	RSUD Negara	11	22	33
3.	Dinkes Kabupaten	2	0	2
4.	RS Praja Husada Gilimanuk	0	4	4
5.	RS Darma Sentana	0	5	5
6.	RS Bersalin Kerta Yasa	2	4	6
7.	Sarana Kesehatan lainnya	0	14	14
<b>Jumlah</b>		<b>33</b>	<b>101</b>	<b>134</b>

*Sumber:* Dinas Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial Kabupaten Jembrana, 2005.

Dalam Profil Kesehatan Kabupaten Jembrana 2005, terdapat perhitungan nilai rasio bidan dengan jumlah penduduk pada tahun 2005 sebanyak 253.403 jiwa berdasarkan rasio 100.000 penduduk. Nilai rasio bidan pada tahun 2005 adalah 52,88. Seluruh bidan yang ada di Kabupaten Jembrana sudah menandatangani kontrak dengan badan penyelenggara jaminan sosial daerah. Mereka menjadi pemberi pelayanan kesehatan untuk pasien yang menggunakan fasilitas JKJ. Jika dilihat secara kuantitas, sebenarnya jumlah bidan yang ada di Kabupaten Jembrana sudah melebihi jumlah desa yang ada yaitu 51 desa/kelurahan. Akan tetapi, dalam pelaksanaannya, jumlah bidan yang tersedia di Kabupaten Jembrana juga belum tersebar secara merata. Hal ini dapat dibuktikan dengan masih adanya desa yang tidak terdapat satu pun bidan yang tinggal dan membuka praktik di situ. Tidak meratanya bidan di setiap desa yang ada di Kabupaten ini juga disebabkan masih mengumpulnya bidan di wilayah strategis, yaitu perkotaan.

Di Kabupaten Jembrana, semua bidan sudah membuka praktik pribadi. Tidak terkecuali bidan yang bertugas di fasilitas pelayanan kesehatan seperti Puskesmas, Rumah Sakit, dan Pustu. Untuk bidan yang bertugas di fasilitas pelayanan kesehatan akan membuka praktiknya mulai sore hari. Namun, bagi bidan yang tidak bertugas di fasilitas pelayanan

<sup>21</sup> Berdasarkan data yang ada di Dinas Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial Kabupaten Jembrana tahun 2005.

<sup>22</sup> Berdasarkan wawancara dengan Kepala Bidang Pelayanan dan Kesehatan.

### **Ida Ayu**

Desa Tegal Badeng Timur, Kecamatan Negara, Kabupaten Jembrana

#### ***Sulit Mencari Tenaga Medis***

Ida Ayu menceritakan bahwa ia pernah mengalami berbagai bentuk masalah kesehatan terkait dengan kesehatan reproduksinya. Ia mengalami masalah pada saat menstruasi, keputihan, masalah pada saat hamil dan persalinan serta KB.

Masalah menstruasi yang dialami oleh Ida Ayu berupa sakit perut atau *dilepen* yang berlebihan. Selain itu, Ida Ayu juga seringkali merasa lemas dan pucat pada saat menstruasi. Rasa sakit tersebut berlangsung mulai hari pertama hingga hari ke tiga atau ke empat menstruasi. Kondisi tersebut masih berlangsung hingga ia sudah bersuami. Untuk menstruasinya yang terakhir, ia mengalami perdarahan yang lebih banyak dari biasanya. Ia juga mengalami menstruasi yang tidak tepat waktu dan masih mengalami rasa sakit yang berlebihan.

Selain masalah menstruasi, Ida Ayu juga mengalami masalah pada saat hamil. Ia hamil pertama kali pada saat berumur 16 tahun dan kehamilan ke dua pada saat berumur 19 tahun. Kehamilan Ida Ayu tersebut masuk dalam kelompok resiko tinggi. Selain itu, Ida Ayu juga mengalami kehamilan dalam waktu yang panjang melebihi waktu kehamilan pada umumnya, yaitu 10 bulan pada kehamilannya yang pertama dan 11 bulan pada kehamilannya yang ke dua. Selain itu, pada kehamilannya yang ke dua, Ida Ayu mengalami komplikasi. Ia mengalami demam yang sangat tinggi.

Ida Ayu juga mengalami masalah pada saat persalinan. Ia pertama kali melakukan persalinan pada saat ia berumur 17 tahun. Pada saat itu, ia mengaku merasa takut. Ia juga mengalami rasa sakit dan mules. Untuk persalinannya yang pertama, ia melakukannya selama sekitar dua jam. Sebenarnya, ia mengaku bahwa ia mengalami komplikasi atau gangguan pada saat melahirkan anaknya yang kedua. Pada saat itu, ia mengalami masalah kesehatan berupa mules yang kuat dan teratur lebih dari sehari semalam. Selain itu, Ida Ayu juga mengalami masalah berupa perdarahan yang lebih banyak dibanding biasanya pada saat nifas. Perdarahan tersebut ia alami lebih dari tiga kali pada masa nifas, bahkan, sampai pingsan.

Selain masalah tersebut, Ida Ayu juga mengaku mengalami masalah dalam penggunaan KB. Ketika ia menggunakan alat KB berupa suntik tiga bulan, Ida Ayu mengalami masalah berupa berat badannya naik. Ia juga mengalami masalah berupa keluar darah sedikit-sedikit tetapi sangat sakit melebihi pada saat menstruasi hingga satu bulan. Ida Ayu kemudian menggantinya dengan menggunakan suntik satu bulan.

Tetapi, ia masih mengalami masalah berupa ASI kering. Ia kemudian diberi pil KB untuk menyusui. Ternyata, ia juga masih mengalami masalah berupa kepala pusing.

Selama mengalami sakit pada saat menstruasi, Ida Ayu selalu mengatasinya dengan menggunakan pengobatan tradisional. Ia mengatasinya dengan cara meminum ramuan jamu. Selain itu, ia juga minum kunyit asam yang dibuat sendiri atau yang sudah jadi produk merek jamu terkenal.

Menurutnya, pilihan tersebut merupakan anjuran dari ibunya. Menurut ibunya, agar menstruasi tidak menimbulkan bau amis, ia harus minum daun sirih yang sudah direbus. Selain alasan tersebut, pemilihan Ida Ayu untuk mengatasi masalah menstruasi dengan cara tradisional disebabkan oleh pengalaman Ida Ayu yang sudah sering dan terbiasa mengalami masalah tersebut pada saat menstruasi. Selain itu, ia juga mengaku malas pergi ke dokter atau bidan karena dulu hal tersebut sudah pernah dilakukan, tetapi ia masih saja mengalami masalah tersebut. Ia juga merasa malas karena tidak tersedianya bidan atau dokter di desanya sehingga ia harus pergi ke desa tetangga dengan menggunakan ojek. Hal tersebut menyebabkan ia harus mengeluarkan biaya transportasi. Sementara, ia sendiri juga mengalami keterbatasan ekonomi. Tindakan yang sama juga dilakukan oleh Ida Ayu untuk mengatasi masalah keputihan yang dialaminya. Ia mengatasinya dengan meminum jamu dengan rutin. Selain itu, ia juga rajin membersihkan alat kelaminnya dengan menggunakan sabun sirih.

Pada saat kehamilan yang pertama, Ida Ayu rutin periksa ke bidan karena bidan menyarankannya untuk rutin memeriksakan kehamilannya. Hal ini karena kehamilannya termasuk kehamilan resiko tinggi (Resti). Selain mengikuti saran bidan, Ida Ayu juga minum ramuan jamu. Ramuan jamu yang diminum Ida Ayu berupa kunyit asam. Ramuan tersebut diminum dua hari sekali. Ramuan tersebut ia minum berdasarkan informasi dari tetangga dan penjual jamu. Menurut mereka, minum jamu tersebut dapat menyebabkan Ida Ayu merasa lebih segar.

Untuk kehamilannya yang kedua, Ida Ayu mengaku jarang periksa. Ia hanya kadang-kadang memeriksakan ke bidan. Ia memilih bidan sebagai tempat pemeriksaan kehamilan anaknya yang terakhir karena ia mempunyai JKJ.

Sekalipun ia memiliki JKJ, pada saat melakukan persalinan, Ida Ayu memilih untuk melahirkan di rumah. Ida Ayu memilih untuk dibantu oleh dukun beranak. Pilihan untuk meminta bantuan persalinan ke dukun beranak adalah pilihan Ida Ayu sendiri. Ida Ayu merasa takut kalau meminta bantuan persalinan ke bidan. Ida Ayu merasa trauma dengan cara bidan membantu persalinan kakak iparnya. Pada saat itu, bidan yang menolong kakaknya suka marah-marah. Ketika kakaknya merasa sakit, bidannya mendiamkannya saja. Bidan hanya menyuruhnya untuk menunggu saja padahal kakaknya sudah merasa sangat kesakitan.

Selain alasan tersebut, Ida Ayu merasa susah jika harus datang ke bidan ketika sudah akan melahirkan. Dirinya perlu mengeluarkan ongkos untuk transportasi dan jajan, apabila pergi ke bidan. Hal tersebut berbeda dengan dukun beranak. Kalau ia meminta bantuan persalinan ke dukun beranak, dukun beranak yang akan datang ke rumahnya. Menurutnya, dukun beranak juga ramah dan enak. Dukun beranak dapat membuatnya merasa lebih tenang karena orang melahirkan itu harus tenang. Pengalaman kakak iparnya ketika melahirkan di bidan merasa tidak tenang, karena bidan marah terus. Akhirnya, kakak Ida Ayu diam-diam pulang ke rumah naik ojek. Sesampainya di rumah, ia kemudian melahirkan dengan bantuan *paraji*.

Berkaitan dengan persalinan, Ida Ayu juga meminum ramuan jamu jika ingin proses persalinannya mudah, yaitu kuning telur dan cuka supaya ari-arinya kecil dan supaya anaknya tidak galak dan proses persalinannya mudah.

Dalam mengatasi masalah kesehatannya, Ida Ayu mengaku mendapat beberapa masalah atau hambatan. Hambatan yang ia rasakan berupa:

1. Tidak tersedianya bidan di desa tempat tinggalnya, yaitu Desa Tegal Badeng Timur. Tidak tersedianya bidan dan dokter di desanya membuat Ida Ayu tetap saja harus mengeluarkan biaya atau ongkos untuk transportasi. Ongkos tersebut belum lagi ditambah dengan jajan anaknya yang diajaknya atau diperiksakan. Hal ini menyebabkan Ida Ayu tidak bisa memeriksakan kehamilannya secara rutin pada saat kehamilannya yang kedua. Ia juga lebih memilih melakukan persalinan ke dukun beranak karena dapat melahirkan di rumah.
2. Tidak tersedianya alat transportasi di desanya selain ojek. Ketika Ida Ayu tidak mempunyai uang, maka ia tidak dapat pergi untuk memanfaatkan JKJ-nya karena ia tidak bisa membayar biaya transportasi yang harus dikeluarkannya.
3. Tidak tersedianya bidan di desa tempat tinggalnya membuat Ida Ayu lebih memilih dukun beranak dalam membantu persalinannya. Di desa tempat tinggalnya terdapat dukun beranak sebanyak tiga orang.
4. Adanya perbedaan ketika berobat dengan menggunakan JKJ dan tidak. Ida Ayu merasakan bahwa ketika berobat dengan menggunakan kartu JKJ, penyakitnya dirasakan tidak cepat sembuh. Namun, jika ia berobat tidak menggunakan JKJ, ia merasa lebih cepat sembuh. Menurut Ida Ayu, hal tersebut tidak hanya dirasakan oleh Ida Ayu saja. Beberapa tetangganya juga merasakan hal yang sama jika berobat dengan menggunakan kartu JKJ. Berkaitan dengan hal tersebut, Ida Ayu menduga jika obat yang diberikan untuk pasien yang menggunakan kartu JKJ berbeda dengan obat yang diberikan untuk pasien yang tidak menggunakan JKJ.

kesehatan akan membuka praktiknya pada pagi hari dan sore hari. Jumlah tenaga kesehatan di masing-masing Puskesmas berbeda satu sama lain. Namun, secara umum, jumlah tenaga kesehatan yang ada di Puskesmas adalah dokter umum sebanyak satu orang, dokter gigi sebanyak satu orang, perawat umum sebanyak satu orang, perawat gigi sebanyak satu orang, petugas laboratorium sebanyak satu orang, asisten apoteker sebanyak satu orang, bendahara sebanyak satu orang, arsiparis dan koordinator atau Unit Pelaksana Fungsional Puskesmas sebanyak satu orang. Dalam pemberian pelayanan kesehatan di setiap harinya, petugas Puskesmas dibantu oleh beberapa orang fungsional meliputi sopir sebanyak satu orang dan *cleaning service* sebanyak satu orang.

Bidan yang ada di Kabupaten Jembrana memberikan berbagai bentuk pelayanan kesehatan meliputi pelayanan kesehatan ibu atau maternal, pelayanan kesehatan reproduksi atau ISR, pelayanan KB, pelayanan kesehatan anak, dan pelayanan terhadap beberapa penyakit ringan. Pelayanan kesehatan ibu yang dapat ditangani oleh bidan juga sangat banyak. Berbagai pelayanan terkait dengan kesehatan ibu adalah meliputi pemantauan gizi ibu, pemeriksaan ibu hamil, pelayanan ibu melahirkan, pelayanan ibu menyusui, pelayanan persalinan, dan pelayanan nifas.

Biaya yang dikenakan oleh bidan untuk pelayanan kesehatan ibu juga bervariasi, tergantung pada jenis pelayanan yang diberikan. Biaya yang dikenakan untuk pemeriksaan ibu hamil adalah sekitar Rp. 20.000,-. Sementara itu, biaya yang dikenakan untuk pertolongan persalinan adalah Rp. 400.000,- hingga Rp. 600.000,-. Namun untuk kasus persalinan yang sulit, biayanya sebesar Rp. 1.000.000,-. Biaya persalinan dikenakan kepada seluruh ibu yang meminta pertolongan persalinan. Artinya, biaya tetap berlaku bagi ibu yang juga menjadi peserta JKJ. Pelayanan lain yang diberikan oleh bidan adalah pelayanan yang terkait dengan kesehatan reproduksi. Termasuk dalam hal ini adalah pelayanan untuk masalah kesehatan ISR. Dalam pelayanan ini, bidan memberikan informasi tentang kesehatan reproduksi dan pengobatan untuk gangguan saluran reproduksi. Namun untuk kasus gangguan saluran reproduksi yang parah, bidan menyarankan untuk berobat ke dokter spesialis.

Terkait dengan keputihan, bidan juga berpendapat bahwa masalah keputihan di Kabupaten Jembrana dapat disebabkan oleh beberapa hal<sup>23</sup>, yaitu:

1. Perempuan tidak mempunyai banyak celana dalam karena secara ekonomi dia tidak mampu untuk membeli. Kondisi ini kemudian menjadikan dia jarang ganti celana dalam. Hal tersebut selanjutnya menyebabkan kelembaban dan memunculkan terjadinya keputihan.
2. Perempuan tidak memiliki pengetahuan untuk senantiasa menjaga agar vagina tidak lembab untuk mencegah keputihan. Ketidaktahuan tersebut membuat mereka tidak sering mengganti celana dalam ketika sudah merasa lembab.
3. Perempuan tidak membersihkan vagina setelah melakukan hubungan seksual.

---

<sup>23</sup> Wawancara dengan salah seorang bidan di Jembrana.



Hal tersebut biasanya karena malu keluar dari kamar. Hal ini terjadi untuk pasangan yang masih tinggal bersama dengan orangtuanya atau saudaranya.

Berkaitan dengan hal-hal tersebut di atas, bidan menganjurkan untuk minum air putih sebelum dan sesudah melakukan hubungan seksual. Selain itu, bidan juga menganjurkan untuk membersihkan vagina dengan air sirih atau air hangat. Bidan juga menyarankan untuk mengganti celana dalam setiap kali habis buang air kecil. Pelayanan terkait dengan masalah ini dilakukan secara langsung kepada pasien yang datang ke tempat praktik bidan. Bidan tidak memberikan pelayanan langsung kepada masyarakat disebabkan masih adanya anggapan bahwa masalah terkait dengan vagina merupakan masalah yang tabu. Anggapan tersebut masih mengakar, baik di penduduk beragama Islam maupun Hindu.<sup>24</sup> Selain pelayanan tersebut, bidan juga memberikan pelayanan KB meliputi semua jenis alat kontrasepsi kecuali sterilisasi, vasektomi, kondom, dan diafragma. Bidan juga menyediakan Pil. Pelayanan KB tidak hanya dalam bentuk pemasangan saja tetapi juga meliputi pemberian informasi tentang alat kontrasepsi dan berbagai efek samping dari alat kontrasepsi.

Prosedur pelayanan KB dilakukan bidan dengan cara memberikan informasi kepada pengguna KB baru. Informasi yang diberikan meliputi efek samping, kerugian, dan keuntungan semua jenis alat kontrasepsi. Bagi pengguna yang masih mempunyai anak pertama tidak dianjurkan memakai pil atau kondom karena takut lupa. Perempuan yang akan memasang suntik diperiksa terlebih dahulu apakah ada kelainan menstruasi, varises, pucat, dan benjolan di payudara. Pemasangan IUD dilakukan dengan melakukan pemeriksaan lengkap meliputi pengecekan tekanan darah dan riwayat kesehatannya apakah ada benjolan di alat kelamin dan melihat apakah panjang uterusnya sesuai dengan panjang alat ukurnya yaitu 7 cm. Jika panjangnya kurang maka alat tersebut tidak bisa dipasang.

Biaya yang dikenakan untuk pasien yang meminta pelayanan KB adalah bervariasi, tergantung pada jenis alat kontrasepsi yang dipilih dan juga pada ketentuan yang telah dibuat oleh masing-masing bidan. Biaya pemasangan susuk atau implant adalah sebesar Rp. 250.000,-. Namun di tempat praktik lainnya, biayanya sebesar Rp. 150.000,-. Sementara itu, untuk pemasangan IUD pasien dikenakan biaya sebesar Rp. 150.000,-. Di tempat lain dikenakan biaya sebesar Rp. 75.000,-. Untuk mendapatkan akses pada alat kontrasepsi berupa pil dan suntik, pasien dikenakan biaya sebesar Rp. 15.000,-. Biaya tersebut mengacu pada ketentuan yang telah ditetapkan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Daerah sebagaimana termaktub dalam surat perjanjian kontrak berikut:

Pelayanan pemeriksaan dan pengobatan ibu hamil atau Ante Natal Care (ANC) serta Keluarga Berencana (KB) oleh Pemberi Pelayanan Kesehatan tingkat pertama (PPK 1), tagihan biaya akan dibayarkan oleh Bapel JKJ sebesar maksimal Rp. 15.000,-

---

<sup>24</sup> Berdasarkan informasi dari salah seorang bidan di Jembrana.



(lima belas ribu rupiah), sudah termasuk suntik roboransia Rp. 2.000,- (dua ribu rupiah), jasa pelayanan Rp. 4.000,- (empat ribu rupiah), dan obat-obatan (vitamin dan Fe) maksimal Rp. 9.000,- (sembilan ribu rupiah), dengan obat-obatan standar harga jaminan sosial daerah, kecuali alat kontrasepsi seperti IUD, *implant*, dan lain-lain tagihan biaya tidak dibayar oleh Jaminan Sosial Daerah.<sup>25</sup>

Tarif biaya pelayanan KB tersebut tidak berlaku sama bagi pasien yang menjadi peserta JKJ. Pasien yang menjadi peserta JKJ tidak dikenai biaya ketika menggunakan alat kontrasepsi berupa pil dan suntik. Peserta JKJ tetap dikenai biaya pelayanan kesehatan ketika menggunakan alat kontrasepsi berupa IUD dan susuk. Pelayanan kesehatan lain yang juga ditangani oleh bidan adalah pelayanan terhadap kesehatan anak sejak bayi atau balita meliputi pemantauan gizi bayi dan balita, pemantauan perkembangan bayi dan balita, pelayanan imunisasi, pelayanan terhadap penyakit yang diderita anak seperti batuk, influenza, panas, demam, dan diare. Biaya untuk mendapatkan pelayanan imunisasi adalah Rp. 2.500,-. Sementara itu, biaya yang dikenakan untuk pelayanan kesehatan bayi, balita, dan anak adalah sekitar Rp. 20.000,-. Biaya tersebut tidak berlaku bagi pasien yang sudah menjadi peserta JKJ. Tarif untuk peserta JKJ adalah sesuai dengan aturan yang telah ditetapkan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Daerah Jembrana. Biaya pasien yang menjadi peserta JKJ akan dibayarkan oleh Badan Penyelenggara tersebut setiap akhir bulan, sedangkan untuk pasien yang tidak menjadi peserta JKJ ditentukan oleh bidan itu sendiri.

Bidan juga memberikan pelayanan kesehatan terhadap penyakit-penyakit ringan yaitu panas, demam, batuk, influenza, sakit kepala, sakit gigi, dan sakit perut dengan tarif biaya sebesar Rp. 7.000,- hingga Rp. 15.000,-. Pada bidan yang berbeda, biaya yang dikenakan untuk pengobatan terhadap penyakit ringan tersebut juga berbeda. Biaya untuk pelayanan kesehatan terhadap penyakit ringan adalah sebesar Rp. 20.000,- hingga Rp. 25.000,- untuk pasien yang tidak menjadi peserta JKJ. Namun untuk pasien yang menggunakan fasilitas JKJ tidak dipungut biaya apa pun. Selain memberikan pelayanan, bidan juga bertanggung-jawab menekan angka kematian ibu dan bayi, terlibat dalam program-program desa yang terkait dengan Gerakan Sayang Ibu (GSI). Bidan memberikan penyuluhan tentang berbagai kegiatan yang terkait dengan GSI meliputi suami siaga, ambulan desa, dan lain sebagainya.

## 5. Pelayanan Fasilitas dan Ketersediaan Tenaga Medis di Surakarta

Bagian ini akan membahas ketersediaan tenaga kesehatan yang ada pada unit-unit pelayanan kesehatan di Kota Surakarta. Ketersediaan tenaga kesehatan di unit pelayanan

---

<sup>25</sup> Sebagaimana termaktub dalam Surat Perjanjian Kerja (Kontrak antara bidan praktik dan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Daerah.

kesehatan sebuah daerah berkaitan erat dengan kemampuan dalam memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan masyarakat pada umumnya. Ketersediaan di sini berkaitan erat dengan aspek jumlah SDM juga kualitas dari segi pendidikan dan pengetahuan SDM sesuai dengan kebutuhan pelayanan. Hal ini berkaitan dengan aspek keramahan, perhatian, dan kesediaan mendengarkan keluhan penyakit yang diderita oleh pasien beserta berbagai cara untuk mengatasinya.

Secara umum, jenis tenaga kesehatan di unit kesehatan Kota Surakarta dapat dibedakan berdasarkan klasifikasi berikut ini.

Jenis tenaga kesehatan dibagi menurut tujuh klasifikasi, yaitu:

1. Tenaga medis: dokter, dokter gigi, dokter atau dokter gigi spesialis
2. Tenaga perawat dan bidan termasuk lulusan D3 dan S1
3. Tenaga farmasi: apoteker, asisten apoteker
4. Tenaga gizi: lulusan D1, D3 Gizi (SPAG dan AKZI)
5. Tenaga teknis medis: analis, TEM, penata roentgen, penata anestesi, dan fisioterapi
6. Tenaga sanitasi: lulusan SPPH, APK, dan D3 Kesehatan Lingkungan
7. Tenaga kesehatan masyarakat: SKM, MPH, dan lain-lain

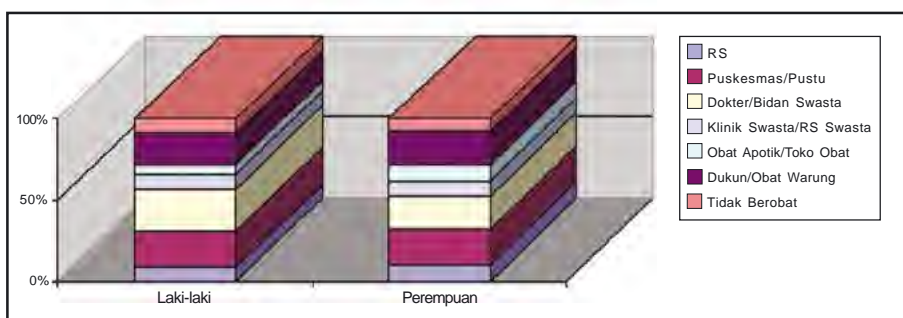
Sebagai gambaran, pola pencarian pengobatan yang dilakukan oleh masyarakat, baik laki-laki maupun perempuan, di Kabupaten Surakarta terlihat dalam Grafik 4.8 di bawah ini:

### 5.1. Ketersediaan Tenaga Kesehatan

Berdasarkan data yang masuk dari rumah sakit, Puskesmas, institusi Diknakes, Dinas Kesehatan tahun 2006, jumlah tenaga kesehatan di Kota Surakarta adalah sebanyak 2.975 orang dengan sebaran sebagai berikut:

1. Tenaga medis: 388
2. Tenaga perawat dan bidan: 1.919
3. Tenaga farmasi: 252
4. Tenaga gizi: 62
5. Tenaga teknisi medis: 275

**Grafik 4.8.**  
**Pola Pencarian Pengobatan di Kabupaten Surakarta**



- 6. Tenaga sanitasi: 40
- 7. Tenaga kesehatan masyarakat: 39

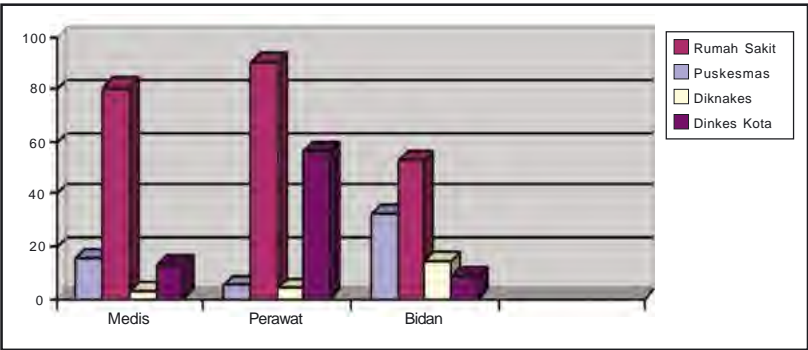
Jumlah tenaga kesehatan di atas dapat dirinci lagi untuk komposisi tenaga medis, perawat dan bidan berdasarkan unit kerjanya sebagaimana Grafik 4.9. berikut ini:

Adapun tenaga medis dapat dirinci lagi sebagaimana Tabel 4.13. berikut ini:

Dari data Dinas Kesehatan tahun 2004 sejumlah tenaga kesehatan yang telah disebutkan di atas dapat dibedakan lagi distribusinya berdasarkan unit kerja yang ada yakni unit kerja negeri dan swasta, sebagaimana Tabel 4.14

Dilihat dari total jumlah tenaga kesehatan yang tersedia yakni tenaga dokter di tingkat kota terlihat bahwa tingkat ketersediaan yang ada tergolong memadai untuk melayani kebutuhan penduduk Surakarta yang berjumlah 534.540 jiwa (tahun 2005). Apabila dihitung secara rasio, paling tidak, di setiap 100.000 penduduk terdapat, 5 orang dokter, sedangkan apabila dilihat dari kebutuhan ideal tenaga dokter berdasarkan jumlah penduduk, untuk Kota Surakarta tahun 2005 dibutuhkan dokter sejumlah 214 orang. Sementara

Grafik 4.9.  
Komposisi Tenaga Kesehatan berdasarkan Unit Kerja



Sumber: SubBag Kepegawaian kota Surakarta tahun 2006.

Tabel 4.13.  
Jumlah Tenaga Medis menurut Unit Kerja

No.	Unit Kerja	Jumlah Tenaga Medis		
		Dokter Spesialis	Dokter Umum	Dokter Gigi
1.	Puskesmas	1	36	21
2.	Rumah Sakit	189	102	22
3.	Dinkes Kabupaten/Kota	0	4	2
4.	Jumlah Kabupaten/Kota	190	142	45

itu ketersediaan yang ada adalah 145 orang, jadi masih kurang 69 orang lagi tenaga dokter umum. Kendatipun demikian, dibandingkan dengan daerah lain di Indonesia, Kota Surakarta tergolong masih lebih baik.

**Tabel 4.14.**  
**Jumlah Tenaga Kesehatan di Kota Surakarta Tahun 2004**

No.	Jenis Tenaga Kesehatan	Unit Kerja Negeri	Unit Kerja Swasta
1.	Dokter	32	627
2.	Dokter Gigi	23	37
3.	Perawat	96	1.108
4.	Sarjana Keperawatan	-	13
5.	Bidan	90	143
6.	Tenaga Farmasi	37	136
7.	Sarjana Farmasi dan Apoteker	3	13
8.	Tenaga Saniter	27	-
9.	Kesehatan Masyarakat	8	-
10.	Tenaga Gizi	11	58
11.	Tenaga Terapi Fisik	-	48
12.	Tenaga Teknisi Medis	13	60
13.	Lainnya	269	-

Data nasional menyebutkan bahwa Jawa Tengah merupakan provinsi yang memiliki jumlah tenaga kesehatan yang terbanyak dibandingkan dengan provinsi lainnya di Indonesia.<sup>26</sup> Sebagai gambaran, dari data Profil Kesehatan Indonesia tahun 2004 menyebutkan bahwa rasio ketersediaan dokter untuk setiap 100.000 jumlah penduduk adalah kurang lebih 11,01 dokter. Sehingga dapat disimpulkan tingkat ketersediaan tenaga dokter di Kota Surakarta dengan mempertimbangkan rasio jumlah penduduk adalah separoh dari angka rasio ketersediaan dokter di tingkat nasional.

Namun, bila ditelaah lebih lanjut sebenarnya dari total jumlah tenaga dokter yang ada berdasarkan gambaran distribusi tenaga kesehatan tahun 2004 ternyata lebih banyak bekerja di unit kerja swasta. Hal itu terlihat pada Tabel 4.14. di atas, bahwa tenaga kerja yang bekerja di lingkungan unit kerja negeri lebih sedikit atau hanya 4,8% dari total tenaga dokter yang ada. Selebihnya tenaga dokter yang ada bekerja di unit kerja swasta yakni sebanyak 95%. Komposisi ketersediaan tenaga kesehatan di unit kerja negeri semakin terlihat timpang apabila melihat pada ketersediaan jenis tenaga kesehatan lainnya. Secara umum tenaga kerja di unit swasta lebih banyak dibandingkan dengan tenaga kerja yang berada di unit kerja negeri. Jumlah yang ada itu tersebar di berbagai tingkat layanan kesehatan yang ada di seluruh Kota Surakarta.

Minimnya ketersediaan tenaga kesehatan di unit kerja negeri juga mengindikasikan minimnya tenaga kesehatan, khususnya dokter, di unit pelayanan kesehatan negeri seperti Puskesmas, Puskesmas Pembantu, Puskesmas Keliling. Hal ini terlihat jelas dari data ketersediaan tenaga kesehatan yang ada di Puskesmas di wilayah penelitian di Tabel 4.15 berikut ini.

Dari Tabel 4.15. diketahui bahwa jumlah tenaga medis di Puskesmas Sangkrah terdiri atas:

<sup>26</sup> Profil Kesehatan Indonesia tahun 2004.

- Dua dokter umum, satu dokter gigi.
- Lima perawat: satu lulusan sarjana keperawatan, satu lulusan D3, tiga lulusan SPK
- Enam bidan: satu lulusan D3, lima lulusan D1 kebidanan.

**Tabel 4.15.**  
**Jumlah Tenaga Kesehatan di Puskesmas Daerah Penelitian WRI, 2006**

No.	Unit Kerja	Tenaga Kesehatan								
		Medis	Perawat	Bidan	Farmasi	Gizi	Teknisi Medis	Sanitasi	Kemas	Jumlah
1.	Puskesmas Sangkrah	3	5		2		1	1	0	19
2.	Puskesmas Gilingan	3	5		3		0	2	0	19

*Sumber:* SubBag Kepegawaian DKK Sarana Kesehatan

Puskesmas Sangkrah merupakan fasilitas kesehatan pemerintah yang berada di tingkat kecamatan. Tepatnya di wilayah Kecamatan Pasar Kliwon. Puskesmas Sangkrah melayani tiga kelurahan yakni Sangkrah, Semanggi, dan Kedung Lumbu dengan perkiraan jumlah penduduk yang dilayani mencapai lebih dari 78.598 penduduk.<sup>27</sup> Artinya, setiap dokter yang ada (dari total tiga orang dokter) harus melayani sekitar 26.199 orang penduduk dibantu dengan lima orang perawat dan enam orang bidan.

Adapun tenaga medis yang ada di Puskesmas Gilingan terdiri atas:

- Satu dokter umum, dua dokter gigi.
- Lima perawat: dua lulusan D3 keperawatan, tiga lulusan SPK
- Lima bidan: dua lulusan D3, tiga lulusan D1 kebidanan.

Puskesmas Gilingan yang merupakan fasilitas kesehatan pemerintah di kecamatan Banjarsari berada di kelurahan Gilingan, melayani tiga kelurahan yaitu Gilingan, Kestalan, dan Punggawan dengan jumlah penduduk sekitar 159.314 jiwa.<sup>28</sup> Artinya, untuk setiap satu dokter yang ada (dari total tiga orang dokter yang tersedia di Puskesmas Gilingan) harus melayani sekitar 53.104 jiwa penduduk dibantu dengan lima orang perawat dan lima orang bidan. Dari angka tersebut dapat dibayangkan betapa berat beban kerja dokter yang ada bila seluruh penduduk mengharapkan pelayanan kesehatannya bertumpu pada fasilitas seperti Puskesmas. Terlebih bila ditelaah lagi bahwa dari tiga orang tenaga dokter yang tersedia di Puskesmas Gilingan hanya satu orang yang memiliki keahlian sebagai dokter umum, sedangkan dua orang lainnya adalah dokter gigi.

<sup>27</sup> Jumlah total penduduk di Kecamatan Pasar Kliwon berdasarkan data dari Profil Kesehatan Kota Surakarta Tahun 2006.

<sup>28</sup> Jumlah total penduduk di Kecamatan Banjarsari berdasarkan data dari Profil Kesehatan Kota Surakarta tahun 2006.

## 5.2. Kualitas dan Pelayanan Tenaga Kesehatan

Dilihat dari tingkat pendidikan dan keahlian yang dimiliki oleh tenaga kesehatan yang ada, maka tenaga dokter yang ada memiliki kualifikasi keahlian yang terbatas yakni hanya satu atau maksimal dua orang dokter umum tanpa ada dokter spesialis. Adapun tenaga perawat dan bidan yang diharapkan dapat membantu kelancaran fungsi pelayanan kesehatan di Puskesmas juga memiliki latar belakang keahlian yang tidak seragam. Ada yang berpendidikan akhir lulusan setingkat Diploma, namun lebih banyak yang berbekal pendidikan setingkat D1, artinya secara *skill* dan keahlian menjadi tidak seragam atau tidak setara.

Sebagaimana kita ketahui bersama setiap tenaga kesehatan yang ada memiliki latar belakang pendidikan dan keterampilan tertentu dan diharapkan mampu menjalankan fungsi dan mandat yang telah ditentukan oleh Dinas Kesehatan. Fungsi dan mandat seorang dokter umum misalnya bertujuan memberikan pelayanan kesehatan yang bersifat pengobatan atau kuratif kepada pasien yang memiliki keluhan penyakit umum di segala rentang usia. Sedangkan dokter gigi bertugas memberikan pelayanan kesehatan yang khusus berhubungan dengan kesehatan mulut dan gigi. Bilamana terdapat pasien yang datang dengan keluhan penyakit yang cukup berat dan membutuhkan penanganan lebih khusus, kebutuhan akan seorang dokter spesialis sesuai kondisi penyakit menjadi sesuatu yang tidak terelakkan. Hal itu tidak mungkin dipenuhi oleh fasilitas pelayanan kesehatan setingkat Puskesmas karena dokter spesialis hanya ada di unit kerja Rumah Sakit besar, baik itu dikelola oleh pemerintah maupun swasta. Atas dasar inilah dikembangkan mekanisme rujukan bagi pasien yang membutuhkan penanganan lebih khusus dan peralatan yang lebih lengkap, yang tidak tersedia di Puskesmas.

Dalam perkembangan terakhir di beberapa Puskesmas di Kota Surakarta telah diadakan kerjasama antara pihak Puskesmas dengan pihak rumah sakit untuk meningkatkan ketersediaan tenaga kesehatan serta membantu penyediaan kebutuhan tenaga dokter spesialis, terutama spesialis anak dan ginekologi (kebidanan), yang selama ini paling banyak dibutuhkan masyarakat. Dokter spesialis yang bertugas di rumah sakit besar dijadwalkan mengadakan kunjungan ke Puskesmas setiap satu bulan sekali untuk memberikan bantuan konsultasi maupun pengobatan. Kerjasama ini memberikan keuntungan bagi pasien karena dapat memperoleh kesempatan mendapatkan penanganan penyakit dari ahlinya dengan standar biaya Puskesmas.

Namun dalam pelaksanaannya, program kunjungan spesialis ini tidak mudah dilaksanakan karena terbentur jadwal kerja dokter spesialis yang sangat padat dan biasanya mereka lebih mengutamakan agenda kerja yang telah dibuat untuk rumah sakit tempat utama mereka bekerja. Pihak Puskesmas mengakui bahwa pasien sering kecewa karena sulit bertemu dengan spesialis yang dijanjikan walau telah diupayakan membuat jadwal dan kesepakatan dengan dokter yang dimaksud. Kendala lain adalah frekuensi kunjungan

yang hanya sekali teramat kurang dibandingkan dengan kebutuhan yang ada dari pihak Puskesmas. Frekuensi kedatangan yang sangat minimal ini memberikan kesulitan tersendiri bagi pihak Puskesmas bilamana sedang membutuhkan kehadiran tenaga dokter spesialis. Puskesmas harus membuat janji terlebih dahulu dengan dokter spesialis dan pasien yang membutuhkan dan hal ini tidak mudah. Terkadang karena kesibukan dokter spesialis di RS tempatnya bertugas, membuatnya membatalkan janji untuk datang secara tiba-tiba padahal pasien di Puskesmas telah menunggu lama. Bila sudah demikian pihak Puskesmas tidak dapat berbuat apa-apa karena kebanyakan dokter spesialis memiliki jadwal kerja yang sangat padat dan lebih mengutamakan tugas dan tanggungjawabnya di RS. Karenanya Puskesmas tidak dapat bergantung sepenuhnya pada tenaga ahli untuk menangani pengobatan terhadap pasiennya.

Realitas minimalnya keberadaan dokter, baik umum maupun spesialis di Puskesmas, menjadi masalah tersendiri bagi upaya menyediakan pelayanan kesehatan yang murah dan berkualitas kepada masyarakat luas. Puskesmas diharapkan menjadi ujung tombak pelayanan kesehatan pemerintah di tingkat kecamatan dan rujukan pertama bagi masyarakat yang membutuhkan pelayanan kesehatan yang murah dan terjangkau dari rumah penduduk. Kepala Puskesmas di daerah Gilingan yang berlatar belakang pendidikan dokter gigi menyatakan tidak mudah mengelola tenaga kesehatan yang terbatas di Puskesmas dalam menghadapi kebutuhan masyarakat yang beragam.<sup>29</sup>

Dalam operasional kerja Puskesmas, setiap harinya seorang dokter umum saja tidak cukup bila harus memberikan pelayanan pengobatan kepada seluruh pasien yang datang berkunjung ke Puskesmas yang jumlah rata-rata mencapai minimal 70 orang setiap harinya. Selain itu Puskesmas juga memiliki program lain yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan kepada masyarakat sekitarnya, misalnya program Puskesmas Pembantu, Puskesmas Keliling, penyuluhan kesehatan, kunjungan ke sekolah untuk membantu pelaksanaan program Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) maupun membantu pelaksanaan Posyandu secara rutin di daerah-daerah yang menjadi wilayah cakupan Puskesmas. Masalah yang tidak jauh berbeda juga dihadapi Kepala Puskesmas Sangkrah<sup>30</sup> yang memiliki dokter terbatas padahal di Puskesmas Sangkrah juga membuka pelayanan Klinik IMS yang membutuhkan tenaga dokter.

“Terkadang kami ini harus berlari ke sana kemari ibaratnya untuk melayani pasien yang ada. Bila ada pasien yang datang dengan keluhan penyakit menular seksual harus diarahkan Klinik IMS, padahal dokter yang ada masih menangani pasien yang ada di Puskesmas. Jadi dokter harus membagi waktu untuk melayani pasien yang ada di Puskesmas maupun di Klinik IMS.”

---

<sup>29</sup> Wawancara dengan Kepala Puskesmas Gilingan drg. Sri Harnani DH, 13 dan 15 Agustus 2007.

<sup>30</sup> Wawancara dengan Kepala Puskesmas Sangkrah dr. Maria Retno S, 8 Agustus 2007.



Karenanya keberadaan perawat dan bidan dirasakan sangat penting. Seringkali bidan maupun perawat harus bertugas membantu menangani pengobatan pasien yang datang ke Puskesmas sekalipun secara mandat dan latar belakang pendidikan hal itu tidak diperbolehkan. Berikut adalah gambaran kerja yang dilakukan oleh bidan maupun perawat (mantri) dalam membantu pelaksanaan fungsi pelayanan pengobatan di Puskesmas.

### **5.3. Ketersediaan Tenaga Bidan dan Perawat (Mantri)**

Seperti telah dijelaskan di bagian terdahulu, Kota Surakarta masih kekurangan tenaga dokter terutama dokter umum. Dalam satu Puskesmas biasanya hanya terdapat satu atau dua orang tenaga dokter umum, selain bidan, mantri serta tenaga laboratorium, tenaga administrasi dan gizi. Terbatasnya jumlah dokter di Puskesmas ini tentu tidak mampu melayani keseluruhan pasien yang berkunjung ke Puskesmas, sehingga setiap harinya ada tenaga bidan serta mantri yang juga bertugas melayani pengobatan pasien.

Keberadaan bidan dan mantri bagaimanapun menjadi sangat penting mengingat tenaga dokter yang sangat terbatas di Puskesmas. Dalam satu Puskesmas biasanya terdapat, paling tidak, empat bidan termasuk mantri. Mereka bertugas di pos utama penanganan pengobatan pasien yang datang ke Puskesmas dengan beragam penyakit. Padahal bila merujuk pada dasar pendidikan dan keahlian yang dikuasai oleh bidan dan mantri, sebenarnya mereka tidak diperbolehkan memberikan penanganan penyakit dan memberikan pengobatan kepada pasien melebihi jenis pelayanan pengobatan dasar. Bidan diharapkan memberikan pelayanan kesehatan kepada ibu dan anak, sedangkan perawat atau mantri memberikan terapi lanjutan kepada pasien di bawah konsultasi dan pengawasan seorang dokter. Seorang perawat atau mantri tidak disiapkan untuk melakukan diagnosis penyakit apalagi pengobatan terhadap pasien. Namun, dalam praktiknya persyaratan tersebut sulit dipenuhi. Dalam keseharian bidan dan mantri telah menjalankan fungsi yang sama persis dengan seorang dokter, baik di Puskesmas maupun di tempat praktik pribadi.

Sebagaimana yang terjadi di daerah Semanggi terdapat seorang mantri yang bertugas di Puskesmas layaknya seorang dokter, bahkan juga menangani pemeriksaan dan memberikan pengobatan kepada pasien penderita HIV positif. Seperti dituturkan oleh Mantri Nanik<sup>31</sup> yang bertugas di Puskesmas Punggawan namun menempati rumah dinas dokter yang terletak di daerah Semanggi. Dalam keseharian Mantri ini juga membuka praktik pribadi di rumahnya untuk memberikan pelayanan kesehatan bagi masyarakat Semanggi yang tinggal di sekitar rumahnya. Mantri Nanik menempati rumah dinas dokter karena tidak seorang pun dokter yang bersedia menempati rumah dinas yang terletak di sekitar kawasan yang pernah menjadi tempat prostitusi terbesar di kota Surakarta yakni kelurahan Semanggi. Penduduk sekitar sering menyebutnya sebagai daerah “Silir”.

---

<sup>31</sup> Wawancara di rumah responden di Kelurahan Semanggi Kecamatan Pasar Kliwon, 16 Agustus 2007.

Kawasan Silir sangat terkenal di tahun 1990-an karena berfungsi sebagai lokalisasi prostitusi secara legal untuk daerah Surakarta. Kawasan ini tergolong kumuh, terpencil dan letaknya terisolir dari kawasan pemukiman penduduk. Tingkat kriminalitas dan problem kesehatan terutama penyakit menular seksual, tergolong tinggi di daerah ini. Hal inilah yang menjadi penyebab enggan dokter menempati rumah dinas yang disediakan Puskesmas. Mantri Nanik, yang membuka praktik di rumahnya terpaksa harus menangani berbagai penyakit yang beragam di daerahnya, namun demikian dia tidak bersedia menangani persalinan walaupun banyak pasien yang menginginkannya.

Mantri Nanik tidak ingin melewati batas tanggungjawab dan kewenangan seorang Mantri. Pendidikan dasar mantri yang diterimanya selama empat tahun memberikan dasar keterampilan untuk memberikan perawatan dan terapi pasca pengobatan (yang notabene harus dilakukan oleh seorang dokter). Dengan kata lain, pendidikan dasar mantri menyiapkan lulusannya untuk terampil bertugas sebagai seorang perawat. Namun tuntutan keadaan (keterbatasan tenaga dokter yang bertugas di Puskesmas) membuat Mantri Nanik sering bertugas seperti layaknya seorang dokter dengan melakukan pemeriksaan, mendiagnosa penyakit hingga memberikan resep atau obat bagi pasien. Hal ini menjadikannya memiliki pengalaman yang cukup beragam menangani berbagai macam penyakit termasuk penderita HIV positif. Demikian pula saat Mantri Nanik berada di rumah dinasnya terpaksa melayani pasien yang meminta pengobatan terhadap penyakit yang dikeluhkannya, bahkan ada yang ingin mendapat pertolongan untuk persalinan anaknya. Namun untuk hal yang terakhir ini Mantri Nanik dengan tegas selalu menolak untuk menolong persalinan.

Mantri Nanik mengakui bahwa tindakannya telah melebihi fungsi dan mandat yang diembannya sebagai seorang perawat. Pasien yang datang biasanya karena alasan rumah dinas Nanik mudah dijangkau dan meyakini bahwa Nanik telah terbiasa memberikan pengobatan penyakit di Puskesmas. Nanik sering diminta untuk mengikuti pelatihan peningkatan pengetahuan dan keterampilan dalam pengobatan karena tenaga kesehatan yang ada di Puskesmas sangat terbatas. Nanik juga pernah mengikuti pelatihan berbagai cara penanganan dan pengobatan terhadap pasien penderita HIV/AIDS — pelatihan yang seharusnya diikuti oleh seorang tenaga dokter. Akhirnya, Nanik memiliki keterampilan melakukan pemeriksaan, diagnosa awal terhadap pasien HIV/AIDS bahkan juga memberikan pengobatan standar seperti yang telah diajarkan dalam pelatihan. Hal ini justru membuat Nanik lebih berpengalaman menangani pasien penderita HIV/AIDS.

Gambaran yang tidak jauh berbeda juga terjadi pada tenaga kesehatan bidan. Seorang bidan yang bertugas di Puskesmas maupun yang membuka praktik pribadi di rumah biasanya juga menangani beragam penyakit pasien yang datang ke Puskesmas atau tempat praktiknya selayaknya seorang dokter. Sementara tugas utama seorang bidan sejatinya adalah menolong persalinan, menangani imunisasi dan pemeriksaan kesehatan ibu dan anak.

Seorang bidan memiliki keterampilan dasar menangani pemeriksaan kehamilan, membantu proses persalinan dan keterampilan memberikan pelayanan pengobatan dasar. Ada beberapa jenis pendidikan bidan yakni Sekolah Pendidikan Kebidanan (SPK) setingkat SLTA dengan lama pendidikan empat tahun, pendidikan bidan setingkat D1 dengan lama pendidikan satu tahun, dan terakhir adalah pendidikan bidan setingkat Diploma dengan lama pendidikan tiga tahun. Lulusan sekolah bidan, baik tingkat SLTA maupun Diploma, dapat membuka praktik setelah menjalani uji kemampuan yang diselenggarakan oleh Ikatan Bidan Indonesia (IBI) dan mendapat surat ijin praktik dari Dinas Kesehatan. Surat ijin praktik bidan ini dapat diperoleh dengan membayar biaya sebesar Rp. 150.000,- dengan masa berlaku selama lima tahun dan harus diperbarui setiap masa berlaku habis.<sup>32</sup> Untuk mendapatkan sertifikat sebagai Bidan Delima, seseorang harus menempuh pendidikan setingkat Diploma yang membutuhkan biaya relatif besar minimal Rp. 2.000.000,-

Dalam perkembangannya, Dinas Kesehatan menetapkan kebijakan yang mengharuskan para bidan menjalani uji keterampilan yang diselenggarakan oleh IBI guna memperoleh surat ijin praktik. Selain itu para bidan baru maupun Bidan lama diharapkan juga meningkatkan ilmu dan keterampilannya dengan menempuh pendidikan Diploma kebidanan agar dapat memperoleh sertifikat sebagai bidan “Delima”. Yang membedakan antara bidan biasa dan Bidan Delima adalah batas kewenangan yang diberikan dimana Bidan Delima diberi kewenangan untuk bertindak setingkat dokter apabila kondisinya mendesak dan tidak ada dokter yang bisa diharapkan. Selain itu, dalam pendidikan Diploma Bidan diajarkan teknik menolong persalinan dan berbagai prosedur yang menyertainya yang tergolong lebih modern dan lebih efektif dalam proses persalinan. Namun sayang, karena biaya pendidikan yang relatif mahal menyebabkan banyak bidan tidak mampu mengikuti jenjang pendidikan yang lebih tinggi yang disyaratkan tersebut.

Dalam kenyataannya masih banyak ditemui bidan yang membuka praktik pribadi tanpa disertai surat ijin, sebagaimana dituturkan oleh salah seorang bidan yang memiliki sertifikat sebagai Bidan Delima.<sup>33</sup> Bidan ini menyatakan bahwa bidan yang berpraktik tanpa surat ijin tersebut biasanya adalah bidan yang baru lulus sekolah. Namun juga bisa dilakukan oleh bidan yang pernah memperoleh pendidikan keperawatan (sekolah perawat) sehingga merasa bahwa dirinya telah memiliki dasar pengetahuan yang cukup lengkap, baik sebagai perawat maupun sebagai bidan, sehingga merasa mampu dan berpengalaman dalam menangani pasien. Lamanya waktu yang dibutuhkan untuk mendapatkan surat ijin praktik bidan juga menjadi salah satu kendala yang dirasakan oleh bidan yang ingin membuka praktik di rumahnya. Dibutuhkan waktu tunggu setidaknya enam bulan hingga

---

<sup>32</sup> Berdasarkan ketentuan yang ada dalam Perda No. 4 Tahun 2007 tentang Retribusi Perizinan Sarana dan Tenaga Bidang Kesehatan, Kota Surakarta. Perda ini telah mengalami revisi untuk bagian ketentuan biaya bagi pengurusan surat ijin praktek bidan yang sebelumnya ditetapkan sebesar Rp.300.000,-

<sup>33</sup> Wawancara dengan Bidan Lestari Anggraeni, Bidan Delima yang membuka praktek di daerah Kelurahan Gilingan, 13 Agustus 2007.

Dinas Kesehatan mengeluarkan surat ijin yang dibutuhkan. Bagi bidan yang telah memperoleh surat ijin sebelumnya diharuskan mengajukan permohonan perpanjangan surat ijin tiga bulan sebelum batas akhir masa berlakunya surat ijin, dan menjalani semacam uji kompetensi yang diselenggarakan oleh IBI untuk memastikan para bidan telah memiliki pengetahuan dan keterampilan yang memenuhi standar sebelum memperoleh ijin membuka praktik pribadi. Selanjutnya, mereka juga harus menunggu enam bulan lamanya untuk memperoleh surat ijin praktik yang baru. Beberapa bidan mengeluhkan lamanya proses perijinan ini. Mereka khawatir ada peninjauan dari petugas Dinas Kesehatan ke tempat praktiknya sementara surat ijin belum diperolehnya.

Pemerintah Kota Surakarta secara rutin melakukan pengawasan dan upaya standarisasi kualitas pelayanan bidan dengan mengadakan peninjauan ke tempat praktik bidan tiga kali dalam setahun untuk memeriksa apakah bidan telah memiliki ijin untuk membuka praktik pribadi. Selain itu, juga melakukan observasi tempat dan kualitas pelayanan bidan apakah telah memenuhi standar pelayanan minimal yang telah ditetapkan oleh Dinas Kesehatan. Upaya untuk meningkatkan kualitas bidan juga dilakukan dengan mengadakan pertemuan rutin setiap satu bulan sekali bagi para bidan di bawah koordinasi IBI — selaku institusi yang dipercaya Dinas Kesehatan Kota Surakarta menyelenggarakan pertemuan yang memungkinkan para bidan saling membagi pengetahuan, keterampilan juga pengalaman dalam menangani persalinan pasien. Sehingga diharapkan ada koordinasi, komunikasi yang mampu memberikan tambahan pengetahuan dan keterampilan bagi para bidan.

## 6. Pelayanan Fasilitas dan Ketersediaan Tenaga Kesehatan di Indramayu

Pada bagian ini akan dipaparkan gambaran tenaga kesehatan yang ada di Indramayu, baik dari sisi ketersediaan (jumlah) maupun kualitas tenaga kesehatan yang ada. Kualitas di sini berhubungan dengan kompetensi dan kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat. Di Kabupaten Indramayu, ketersediaan tenaga kesehatan baik itu dokter, bidan, dokter gigi, perawat serta non perawat dapat dilihat dalam Tabel 4.16.

Data dari Tabel 4.16. memberikan gambaran ketersediaan yang *riil* di lapangan berdasarkan catatan tahun 2005. Sementara itu pemerintah daerah Kabupaten Indramayu memiliki target tersendiri tentang berapa tingkat ketersediaan tenaga kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat. Dari ketersediaan tenaga kesehatan yang ada bisa dibandingkan dengan pola pencarian pengobatan yang dilakukan masyarakat, baik laki-laki maupun perempuan, di Kabupaten Indramayu.

Grafik 4.10. memperlihatkan bahwa laki-laki maupun perempuan lebih banyak membeli obat di apotik maupun di warung sebagai upaya pengobatan yang mereka lakukan. Walaupun dokter dan bidan tetap dipilih, tetapi tetap tidak sebanyak jumlah masyarakat yang mengakses obat warung. Kondisi ini bisa memberi dua kemungkinan: pertama, kurangnya tenaga kesehatan membuat pelayanan kesehatan bagi masyarakat menjadi sangat

### **Wulansari**

Kelurahan Sangkrah, Kecamatan Pasar Kliwon, Surakarta

Wulansari adalah anak ke enam dari enam bersaudara dengan pendidikan terakhir tamatan SD. Dia menikah pada usia 18 tahun dengan Basuki yang juga tamatan SD. Suami Wulansari sehari-hari bekerja sebagai juru parkir di sebuah toko pakaian dengan penghasilan yang tidak tetap, sementara Wulansari berjualan lontong sayur. Kendati Wulansari dan suaminya bekerja namun penghasilan mereka per bulan kurang dari Rp. 600.000,-, sehingga dapat dikatakan mereka masuk dalam kategori keluarga miskin. Saat ini mereka tercatat sebagai pemegang kartu Askeskin.

Di usianya yang menginjak 35 tahun Wulansari pernah hamil sebanyak enam kali dan tidak pernah mengalami keguguran. Anak terakhir Wulansari perempuan berumur 15 bulan. Wulansari mengaku dirinya tidak ingin memiliki anak banyak, karenanya dia menggunakan alat kontrasepsi untuk mencegah kehamilan. Beberapa jenis alat kontrasepsi pernah dicoba mulai dengan menggunakan metode menyusui alami, namun metode menyusui tidak berhasil membuatnya tidak hamil. Setelah melahirkan anaknya yang kedua Wulansari mencoba menggunakan KB suntik yang diperolehnya di Puskesmas Sangkrah dengan membayar Rp. 4.000,- untuk setiap kali suntik KB periode satu bulan.

Setelah menggunakan KB suntik Wulansari merasakan keluhan yakni menstruasinya tidak teratur. Kondisi ini coba ditanyakannya kepada bidan yang ada di Puskesmas, namun tidak ada perubahan, sehingga Wulansari memutuskan untuk berhenti menggunakan KB suntik. Tak lama kemudian Wulansari hamil anaknya yang ke tiga. Setelah kelahiran anaknya yang ke tiga Wulansari kemudian mencoba menggunakan alat kontrasepsi spiral yang dipasang oleh dokter dengan biaya Rp. 10.000,- Wulansari menggunakan spiral ini selama lima tahun. Saat ditanyakan apa yang melatar-belakangi dia memilih spiral Wulansari menjelaskan bahwa dia memilih spiral setelah bidan Puskesmas menunjukkan gambar spiral kepadanya. Saat itu bidan hanya menjelaskan kegunaan spiral tanpa memberitahukan resiko yang akan dihadapi bila menggunakan spiral, karenanya Wulansari merasa tenang saja memilih menggunakan spiral.

Namun, ternyata saat Wulansari menggunakan spiral dia mulai merasakan beberapa keluhan yang cukup mengganggu, diantaranya adalah saat menstruasi. Wulansari mengalami perdarahan yang lebih banyak daripada biasanya, lebih lama, dan juga ada keluhan rasa sakit yang berlebihan. Keluhan lain adalah rasa sakit atau nyeri pada alat kelamin, rasa panas terbakar pada alat kelamin dan nyeri perut bagian bawah. Wulansari mencoba memeriksakan keluhannya ini ke Puskesmas, namun karena dirasakannya tidak membaik maka dia memutuskan untuk menghen-

tikan pemakaian spiral dan berganti dengan suntik KB yang diperolehnya secara gratis di Puskesmas dengan fasilitas Askeskin. Suami Wulansari juga turut berpartisipasi mencegah kehamilan dengan menggunakan kondom, namun tampaknya metode pencegahan kehamilan yang digunakan Wulansari maupun suami tetap tidak mampu mencegah terjadinya kehamilan sehingga lahirlah anak mereka yang keempat. Setelah Wulansari melahirkan anak keempat dia memutuskan untuk melakukan sterilisasi dengan cara tubektomi yang dilakukannya di RS Pemerintah di daerah Jebres. Wulansari tertarik melakukan steril setelah mendapatkan tawaran dari kader Posyandu untuk memanfaatkan program Safari KB yang menjanjikan untuk memberikan layanan steril dengan biaya Rp. 60.000,-. Biaya ini tergolong lebih murah jika dibandingkan dengan biaya steril di Rumah Sakit (bukan program Safari KB) yang mencapai biaya Rp. 500.000,- hingga Rp. 700.000,-.

Wulansari akhirnya memilih untuk mengikuti program Safari KB untuk steril di RS Jebres. Sebelum pelaksanaan operasi sterilisasi Wulansari dianjurkan untuk berpuasa sehari sebelumnya dan dilarang minum kopi. Bersama Wulansari terdapat tiga orang ibu lain yang juga hendak melakukan steril. Bidan dan dokter berpesan kepada Wulansari untuk tidak takut, karena operasi steril ini aman. Namun Wulansari mengaku tidak begitu jelas apa yang sebenarnya akan dilakukan dokter dengan operasi steril tersebut. Wulansari tidak tahu persis apakah steril itu berarti saluran telurnya diikat atautkah dipotong karena hal itu tidak diinformasikan oleh dokter. Dia hanya percaya bahwa dengan steril dia tidak akan punya anak lagi. Operasi steril dijalani Wulansari pada pukul 11.00 WIB namun anehnya Wulansari tidak juga kunjung sadar hingga pukul 20.00 WIB. Sedangkan tiga orang ibu lain yang menjalani operasi yang sama dengannya telah sadar dan kembali pulang ke rumah masing-masing. Kondisi Wulansari yang tidak juga sadar diri membuat cemas suami dan keluarganya. Suami Wulansari kemudian menyusul ke Rumah Sakit untuk mengetahui kondisi istrinya. Suami Wulansari merasa tidak pernah memberikan persetujuan kepada Wulansari untuk melakukan operasi steril, dia menolak untuk memberikan tanda tangan persetujuannya ketika diminta oleh Wulansari begitu pula bapak Wulansari karena takut jika nanti operasinya gagal. Namun Wulansari nekad tetap melakukan operasi tanpa persetujuan suami dan orang tuanya, dia pergi ke Rumah Sakit diantarkan oleh bidan Puskesmas setempat. Karenanya Basuki merasa marah dan kaget menghadapi kondisi Wulansari yang belum juga sadar setelah operasi steril.

Tenaga kesehatan yang merawat Wulansari menjelaskan bahwa Wulansari sulit tersadar dari pengaruh obat bius karena dia mendapatkan suntikan bius lebih dari sekali. Menurut dokter setelah dibius pertama kali Wulansari ternyata masih belum mati rasa, sehingga saat proses operasi dilakukan Wulansari berteriak kesakitan.



Karenanya, dokter memberinya suntikan bius untuk kedua kalinya guna memastikan bahwa Wulansari sudah kebal rasa, sehingga tidak akan merasakan kesakitan saat operasi berjalan. Namun ternyata pengaruh obat bius demikian kuatnya hingga Wulansari tidak juga sadar diri setelah operasi selesai, tim dokter bahkan sempat melarikan Wulansari ke ruang ICU untuk mendapatkan terapi pacu jantung karena denyut nadi Wulansari sempat menghilang untuk beberapa lama. Wulansari hampir divonis meninggal. Wulansari sendiri setelah siuman menuturkan bahwa dirinya sebenarnya sempat tersadar sejenak setelah mendapat pacu jantung namun dia merasakan tubuhnya sangat lemas dan lemah, dia tidak mampu merespon sekeli-lingnya tetapi bisa mendengar suara.

Proses operasi steril yang hampir merenggut nyawa Wulansari telah berlalu. Tetapi, tubektomi atau steril ternyata juga gagal karena Wulansari tetap mengalami kehamilan untuk ke lima kalinya, enam bulan setelah menjalani operasi sterilisasi (tubektomi). Wulansari mencoba mengeluhkan kehamilan yang dialami pasca sterilisasi ke RS Jebres, tempatnya menjalani operasi tubektomi. Keluhan yang disampaikan Wulansari ini akhirnya mendapat tanggapan dari RS. Namun Wulansari menyayangkan mengapa tidak ada kebijakan lebih lanjut untuk mengatasi dampak dari gagal KB, malah yang terjadi tenaga medis di Sangkrah menjadi enggan bahkan menolak untuk menangani Wulansari pada saat ingin ber KB kembali. Wulansari terpaksa harus ke dokter dan membayar Rp. 75.000,- untuk memasang spiral, biaya ini dirasakan sangat mahal karena biasanya Wulansari dapat memperoleh layanan KB gratis dengan menggunakan Askeskin di Puskesmas.

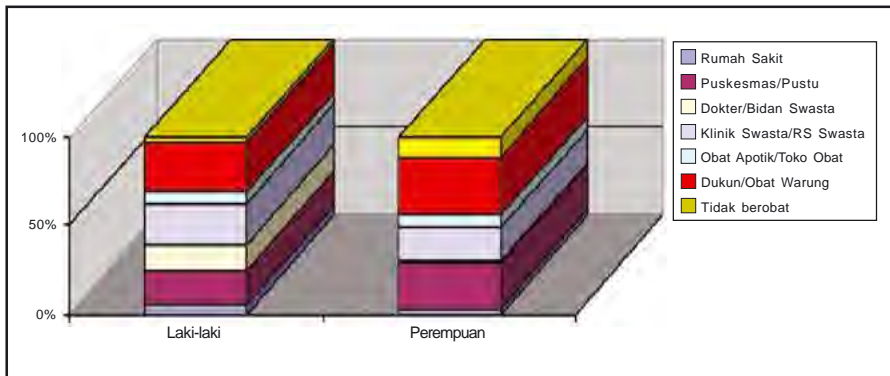
**Tabel 4.16.**  
**Ketersediaan Tenaga Kesehatan di Indramayu tahun 2005**

No.	Jenis Tenaga Kesehatan	Jumlah	Rasio Jumlah Penduduk
1.	Dokter spesialis penyakit dalam	2	1 : 831.934
2.	Dokter ahli bedah	1	1 : 1.663.867
3.	Dokter spesialis obstetri & ginekolog	2	1 : 831.934
4.	Dokter umum	57	1 : 29.191
5.	Dokter gigi	13	1 : 127.990
6.	Tenaga perawat	347	1 : 4.795
7.	Bidan	288	1 : 5.777
8.	Tenaga farmasi	1	1 : 1.663.867
9.	Tenaga gizi	27	1 : 61.625
10.	Tenaga sanitarian	44	1 : 37.815
11.	Tenaga kesehatan masyarakat	5	1 : 332.773,4
<b>Jumlah</b>		<b>787</b>	



rendah bahkan tidak terjangkau, kedua, masyarakat masih memiliki kesadaran yang rendah untuk datang ke tenaga kesehatan maupun fasilitas kesehatan yang tersedia. Gambaran lebih jelas pada target pemerintah daerah Kabupaten Indramayu terhadap rasio ketersediaan tenaga kesehatan untuk tahun 2006, dapat dilihat dari data Profil Kesehatan Kabupaten Indramayu pada Tabel 4.17.

**Grafik 4.10.**  
**Pola Pencarian Pengobatan di Kabupaten Indramayu**



Tabel 4.17 memberikan gambaran ketersediaan tenaga kesehatan di Kabupaten Indramayu masih jauh dari standar ideal yang diharapkan pada tahun 2010 sesuai dengan indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan.

Hal lain yang masih menjadi kendala adalah ketidakmerataan tenaga kesehatan. Di Kabupaten Indramayu terdapat 96 tenaga medis yang terdiri atas 68 dokter umum yang tersebar di 49 Puskesmas dengan jumlah antara 0-5 dokter per Puskesmas dengan rincian 34 Puskesmas mempunyai satu dokter, sembilan Puskesmas dengan dua dokter, empat Puskesmas dengan tiga dokter, dan dua Puskesmas dengan empat dokter. Dari 28 dokter gigi, Puskesmas yang ada saat ini tersebar di 49 Puskesmas di Indramayu jumlahnya antara 0-5 dokter per Puskesmas dimana terdapat dua Puskesmas yang tidak mempunyai dokter dan dokter gigi. Tenaga perawat sudah tersebar di 49 Puskesmas dengan jumlah bervariasi antara 4-28 perawat di setiap Puskesmas. Tenaga gizi, dengan jumlah tenaga gizi (APAG/DIII Gizi) yang bertugas di Puskesmas berjumlah 32 orang penempatannya belum merata di 49 Puskesmas, hanya terkonsentrasi di 27 Puskesmas. Adapun tenaga sanitarian, dari 34 tenaga yang ada telah tersebar di 30 Puskesmas dengan masing-masing 0-3 orang sanitarian. Tenaga bidan yang bertugas di Puskesmas dan jaringannya sebanyak 402 orang yang tersebar di seluruh Puskesmas dengan jumlah antara 4-14 bidan per Puskesmas.

Ketidakmerataan tenaga kerja yang tersebar terjadi karena faktor sebagai berikut:

1. Adanya pengaruh kepentingan dan keinginan pribadi dalam penempatan pegawai.
2. Adanya intervensi eksternal dalam penetapan penempatan pegawai.

Tabel 4.17.  
Ketersediaan Tenaga Kesehatan di Kabupaten Indramayu Tahun 2006

No.	Jenis Tenaga	Jumlah Institusi				Jumlah Total	Jumlah Penduduk	Rasio/ 100.000 Penduduk		Kebutuhan Nakes	Kekurangan
		Puskesmas	RSUD	RS. Swasta	Dinkes			2006	Ideal		
1.	Perawat	642	74	167	11	894	1.709.128	52,31	117,5	2.008	1.114
2.	Bidan	402	20	26	8	456	1.709.128	26,68	100	1.709	1.253
3.	Farmasi	8	9	13	4	34	1.709.128	1,99	10	171	137
4.	Gizi	32	2	4	7	45	1.709.128	2,63	22	376	331
5.	Sanitasi	34	0	3	17	54	1.709.128	3,16	40	684	630
6.	Kemas	9	1	5	11	26	1.709.128	1,52	40	684	658
7.	Dokter Sp	-	12	1	-	13	1.709.128	0,76	6	103	90
8.	Dokter Umum	68	14	3	6	91	1.709.128	5,32	40	684	593
9.	Dokter Gigi	28	2	3	1	34	1.709.128	1,99	11	188	154

Sumber: Laporan Kepegawaian

- 3. Belum adanya dukungan sarana atau fasilitas bagi tenaga kesehatan di tempat yang membutuhkan.
- 4. Walaupun secara rasio terhadap jumlah penduduk yang dilayani belum mencukupi, namun upaya peningkatan jangkauan pelayanan kesehatan tetap dilaksanakan melalui beberapa program, di antaranya adalah program Pegawai Tidak Tetap (PTT).

**Tabel 4.18.**  
**Persebaran Tenaga Kesehatan di Kabupaten Indramayu Tahun 2006**

No.	Unit Kerja	Tenaga Kesehatan								Jumlah
		Medis	Perawat	Bidan	Farmasi	Gizi	Teknisi Medis	Sanitasi	Kesmas	
1.	Anjatan	2	13	8	-	2	1	1	-	27
2.	Babadan	2	15	5	-	1	-	0	-	23
3.	Balongan	3	12	12	-	1	-	1	-	29
4.	Bangodua	2	11	8	-	-	-	-	-	21
5.	Bongas	2	16	7	-	1	-	1	1	28
6.	Bugis	1	10	10	-	-	-	-	-	21
7.	Cantigi	1	9	8	-	-	-	1	-	19
8.	Cemara	1	14	4	-	-	-	1	-	24
9.	Cidempet	1	11	10	-	1	-	1	-	24
10.	Cikedung	1	12	8	-	-	-	-	1	22
11.	Cipancuh	2	9	6	-	1	-	-	-	16
12.	Drunten wetan	1	10	4	-	1	-	-	-	16
13.	Gabus Wetan	1	18	8	-	-	-	-	-	27
14.	Gantar	1	9	10	-	1	-	-	-	21
15.	Haurgeulis	2	7	7	-	1	-	1	-	18
16.	Jatibarang	3	18	9	1	1	1	2	-	35
17.	Jatisawit	3	14	10	-	-	-	1	-	28
18.	Juntinyuat	2	10	9	1	1	1	2	-	23
19.	Kandang Haur	3	28	12	1	1	1	1	-	47
20.	Kaplongan	2	12	7	-	-	-	1	-	22
21.	Karang ampel	3	12	7	-	2	-	2	1	27
22.	Kedokan bunder	2	14	9	-	-	-	1	-	26
23.	Kedung wungu	1	15	6	-	-	-	0	-	22
24.	Kertasemaya	4	11	14	1	1	-	1	-	32
25.	Kertawinangun	1	6	6	-	2	-	-	-	15
26.	Kerticala	2	10	8	-	2	-	1	1	24
27.	Kiajaranwetan	1	16	8	-	-	-	-	1	26
28.	Krangkeng	5	10	6	-	-	-	1	-	22
29.	Kroya	1	11	6	-	2	-	1	-	21
30.	Lelea	2	15	5	-	1	-	1	1	25
31.	Lohbener	3	20	8	-	-	-	1	-	32
32.	Losarang	2	12	11	-	1	-	1	1	28
33.	Margadadi	4	12	8	1	1	-	1	-	28
34.	Pasekan	2	14	8	-	1	-	1	-	26
35.	Patrol	3	14	10	-	-	-	1	-	28

Dari 302 desa yang ada di Kabupaten Indramayu, terdapat 296 desa yang sesudah mempunyai bidan di desa (BDD) atau 98% dari seluruh desa yang ada (tidak termasuk di dalamnya kelurahan).

Guna mendukung tenaga yang ada dilakukan perekrutan tenaga kesehatan tidak tetap (dokter, dokter gigi, dan bidan) serta tenaga honor daerah. Dengan adanya dukungan dari tenaga tidak tetap tersebut, saat ini 78% desa sudah memiliki bidan desa dan 49 Puskesmas sudah memiliki dokter umum dan dokter gigi.

Dalam upaya meningkatkan jangkauan pelayanan kesehatan, khususnya di desa-desa, maka melalui program PTT, dari 302 desa yang ada di Kabupaten Indramayu seluruhnya sudah mempunyai bidan di desa (BDD) atau 100% dari seluruh desa yang ada (tidak termasuk di dalamnya kelurahan).<sup>34</sup>

Ketersediaan tenaga kesehatan yang memadai masih belum cukup tanpa diimbangi dengan peningkatan kualitas pelayanan yang dipengaruhi oleh latar belakang pendidikan. Selain itu, yang tidak kalah penting adalah kualitas pelayanan yang diberikan kepada masyarakat (pasien).

**Tabel 4.19.**  
**Ketersediaan Tenaga Kesehatan di Dinas Kesehatan berdasarkan Pendidikan**

Jenis Tenaga Kesehatan	Jumlah		
	Status PNS	Status Non PNS	
		PTT Pusat	PTT Daerah
<b>Tenaga Non Kesehatan</b>			
S2 Non Kesehatan	1 orang		
S1 Non Kesehatan	8 orang		
D4 Non Kesehatan	1 orang		
D3 Non Kesehatan	2 orang		
SLTA/SMU/SMK	70 orang		
SLTP	4 orang		
SD	2 orang		
<b>Tenaga Kesehatan</b>			
S-2 Kesehatan	6 orang		
S-1 Kesehatan:			
- Dokter umum	52 orang	4 orang	20 orang
- Dokter gigi	8 orang	4 orang	
- SKM	5 orang		
- SKP	1 orang		
D-3 Kesehatan:			
- AKPER	61 orang		102 orang
- AKL/APK	12 orang	12 orang	
- AKBID	47 orang		
- AKZI	14 orang		1 orang
- AKG	1 orang		
D-1 dan Sekolah Kesehatan:			
- SPPH	25 orang	166 orang	
- Kebidanan	168 orang		79 orang
- SPAG	18 orang		
- SPK	213 orang		
- SPRG	14 orang		
- Asisten Farmasi	12 orang		
- Analis Kimia	3 orang		
- Pekarya	45 orang		

<sup>34</sup> Profil Kesehatan Kabupaten Indramayu Tahun 2006

Latar belakang pendidikan tenaga kesehatan bidan di Kabupaten Indramayu, dari total 209 tenaga bidan yang tersedia, terbanyak adalah lulusan sekolah kebidanan (D1) 169 orang, sedangkan lulusan D3 sebanyak 63 orang. Dengan demikian, total 375 tenaga bidan yang bertugas di Puskesmas, 35% adalah lulusan D1 dan hanya 16,8% yang memenuhi kompetensi seperti yang diharapkan yakni berpendidikan Diploma bidan (D3).

Adapun status kepegawaian tenaga kesehatan di Kabupaten Indramayu dapat dibedakan menjadi tiga kategori yakni: berstatus PNS, PTT, serta kontrak. Dari 91 orang tenaga dokter di Kabupaten Indramayu 56 orang di antaranya berstatus PNS, 20 orang tenaga PTT, dan selebihnya 21 orang adalah tenaga kontrak. Untuk tenaga bidan, dari total 418 yang tersedia, sebanyak 226 di antaranya berstatus PNS dengan wilayah kerja di Puskesmas (105 orang) dan bidan desa sebanyak 121 orang. Adapun bidan yang saat ini masih berstatus PTT adalah 206 orang. Untuk perawat yang tersedia di sarana kesehatan adalah 474 orang dengan 294 orang berstatus PNS, 12 orang berstatus PTT, dan selebihnya 190 orang berstatus kontrak.

Dari sisi kualitas pelayanan kepada masyarakat, berdasarkan hasil survei WRI di Kabupaten Indramayu, tenaga kesehatan di kabupaten tersebut tergolong paling kurang memberikan informasi kesehatan kepada masyarakat yakni hanya sebesar 27,3%. Hal ini menyebabkan tingkat pengetahuan responden tentang komplikasi kehamilan, bersalin, dan nifas adalah paling rendah. Angka ini sangat berbeda jauh dibandingkan dengan daerah penelitian lainnya yakni Surakarta. Masyarakat Surakarta memperoleh informasi kesehatan, khususnya kesehatan reproduksi, adalah sebesar 60,7%.

Keberadaan tenaga dokter sangat penting untuk dapat memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Berdasarkan latar belakang pendidikannya, seorang tenaga dokter dipersiapkan untuk menjalankan fungsi pemeriksaan dan pengobatan berbagai penyakit pada umumnya. Namun, sebagaimana telah dijelaskan di atas, jumlah ketersediaan dokter di Kabupaten Indramayu masih jauh dari mencukupi dibandingkan dengan jumlah masyarakat yang harus dilayani. Di setiap fasilitas kesehatan setingkat Puskesmas dan Pustu, rata-rata hanya tersedia satu dokter, sementara idealnya, paling tidak, minimal dua orang dokter.

Pada umumnya masyarakat mengakses pelayanan dokter apabila menemui kondisi keluhan kesehatan yang agak serius. Artinya, tidak lagi dapat diobati oleh bidan atau harus dirujuk oleh bidan. Untuk mengakses pelayanan dokter masyarakat mendatangi Puskesmas atau tempat praktik pribadi dokter. Di beberapa Puskesmas di Indramayu, dokter yang bertugas bertempat tinggal di Puskesmas atau dekat dengan Puskesmas sehingga sulit dibedakan apakah sang dokter sedang praktik pribadi atau di Puskesmas. Yang membedakan hanya jam kerjanya, saat bertugas di Puskesmas yakni antara pukul 08.00-12.00 WIB, maka dokter berstatus sebagai tenaga kesehatan Puskesmas, sedangkan di luar jam kerja sebagai dokter praktik. Dalam hal pembayaran jasa pelayanan, seorang dokter menuturkan sebagaimana berikut ini,

“Untuk melayani gawat darurat di luar jam kerja, kami tidak menolak, tetap dilayani, karena dokter tinggal di Puskesmas dan pasien dilayani dalam kasus pertolongan pertama saja. Kalau dikatakan praktik dokter terserah masyarakat saja, kalau mau datang ke Puskesmas kami layani, kalau mereka memberi uang kami terima, kalau gawat darurat dokter melakukan rujukan ke PONEC dan perawatan atau Rumah Sakit.”

Dokter Bintang yang bertugas di Puskesmas Kandanghaur menuturkan tidak membuka praktik pribadi di rumahnya, namun siap sedia jika sewaktu-waktu tenaganya dibutuhkan oleh Puskesmas tempatnya bertugas yang berstatus sebagai Puskesmas Perawatan. Pada awalnya dia sempat mencoba membuka praktik pribadi di rumahnya, namun karena sering dipanggil ke Puskesmas untuk kondisi kegawatdaruratan pasien di luar jam kerja rutin, akhirnya kesulitan menyediakan waktu yang tetap bagi pasien yang datang ke tempat praktik pribadinya di rumah. Karena lebih banyak bertugas di Puskesmas, maka sang dokter menetapkan tarif mengikuti standar Puskesmas.

Untuk lebih mendekatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat desa, pemerintah mengadakan program penempatan Bides, dimana di setiap satu wilayah desa ditempatkan satu Bides yang bertanggungjawab dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat di desa tersebut. Selain itu, upaya ini juga dimaksudkan untuk lebih mensosialisasikan peran bidan yang pada akhirnya sedikit demi sedikit akan menggantikan peran dukun di masyarakat.

Selain memberikan pelayanan di fasilitas pelayanan kesehatan seperti Puskesmas, Pustu atau Polindes, Bides juga melakukan penjangkauan ke masyarakat. Penjangkauan tersebut melalui Posyandu yang diadakan satu kali dalam satu bulan di tingkat RW maupun melakukan kunjungan ke rumah-rumah untuk menjaring ibu hamil (Bumil) yang tidak terdata di Posyandu. Menurut wawancara dengan Kasi Kesga Dinkes Indramayu, setiap Bides mempunyai tanggungjawab mendata Bumil K1 di wilayahnya dengan target pencapaian 2,9 kali jumlah penduduk desa.

Dalam hal kemudahan mengakses tenaga bidan, masyarakat masih menghadapi kendala tidak adanya Bides di tempat tugas saat dibutuhkan, sehingga terpaksa harus mendatangi tempat praktik bidan yang menetapkan tarif lebih mahal daripada tarif pelayanan di Puskesmas. Hasil temuan di lapangan menunjukkan bahwa banyak bidan yang tinggal tidak di wilayah tugasnya. Hal itu dipengaruhi oleh beberapa faktor di antaranya: Pertama, rumahnya berlokasi di wilayah lain. Kedua, Bides yang melanjutkan pendidikannya di akhir minggu terkadang tidak berada di tempat ketika masyarakat membutuhkan. Menurut hasil wawancara dengan salah satu informan yang bertempat tinggal cukup jauh dari Puskesmas atau Pustu, selama kehamilan dia memeriksakan diri ke bidan, ketika tiba waktunya melahirkan bidan yang biasa memeriksanya tidak berada di tempat, maka keluarganya akhirnya memanggil dukun.

Merujuk pada kasus di atas, diperlukan koordinasi dan pengawasan yang lebih ketat

bagi penerapan kebijakan penempatan satu bidan untuk satu wilayah desa. Di samping harus mempertimbangkan rasio antara jumlah penduduk dengan jumlah bidan, juga perlu dipertimbangkan kondisi geografis dan ketersediaan sarana pelayanan kesehatan lainnya agar masyarakat mudah mengakses Bides. Bides yang ditempatkan diharapkan juga yang berasal dari wilayah desa tersebut sehingga tidak menghadapi kendala jauhnya jarak antara tempat tinggal dan tempat bertugas. Ini untuk menghindari masyarakat kembali lagi ke dukun. Akhirnya, tujuan penempatan Bides tidak bisa dicapai secara optimal.

Selain problem tersebut, program penjangkauan bidan ke masyarakat ternyata juga bisa berdampak negatif, terutama kunjungan bidan ke rumah-rumah. Menurut hasil wawancara dengan salah satu bidan, masyarakat menjadi malas datang ke fasilitas pelayanan kesehatan karena akan dikunjungi oleh bidan juga. Bidan mengeluhkan hal ini menjadi beban bagi mereka, karena jika ada satu Bumil saja yang terlewat untuk didata, bidan tersebut akan mendapat teguran.

Upaya yang dilakukan oleh pemerintah Indramayu dalam rangka memperluas akses masyarakat terhadap fasilitas dan pelayanan kesehatan adalah memberlakukan kebijakan retribusi gratis di tingkat pelayanan kesehatan dasar yaitu Puskesmas dan Pustu. Kebijakan yang mempunyai tujuan mulia ini ternyata juga tidak begitu mudah dilaksanakan. Mulai dari kendala SDM, dampaknya terhadap program kesehatan lainnya terkait masalah pendanaan, akses ke Puskesmas dan Pustu terdekat, sampai dengan kualitas pelayanan yang diberikan.

Menurut data dari Dinkes, sejak diberlakukannya kebijakan tersebut, jumlah kunjungan pasien ke puskesmas meningkat pesat mencapai 50%, sementara SDM kesehatan yang tersedia tidak mencukupi, yang membuat Puskesmas harus bekerja keras. Hal ini tentu saja akan berdampak pada kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan. Dari hasil wawancara dengan responden dan temuan hasil survei menunjukkan bahwa untuk mendapatkan pelayanan kesehatan di Puskesmas kadang mereka harus mengantri sampai satu jam, bahkan mungkin lebih. Bagi masyarakat yang mampu membayar ke pelayanan kesehatan swasta ada pilihan bagi mereka, namun bagi masyarakat yang tidak mampu mengakses ke pelayanan kesehatan swasta, ini merupakan kondisi yang harus mereka terima karena tidak mempunyai pilihan lain. Temuan di lapangan juga menunjukkan ada juga masyarakat yang memanfaatkan jasa Bides di Posyandu meminta obat untuk sakit yang mereka keluhkan. Keluhan yang umumnya mereka kemukakan adalah batuk, pusing, sakit perut. Padahal bila dilihat secara mandat sesuai dengan kompetensi kebidanan, bidan tidak bisa memberikan obat apalagi untuk keluhan-keluhan umum (di luar lingkup kebidanan). Mereka menjadi malas pergi ke Puskesmas karena lebih jauh, juga harus menghadapi antrian yang cukup panjang dan lama.

Puskesmas sebetulnya telah dilengkapi dengan tenaga medis dan nonmedis. Pada jumlah tenaga dokter ketersediaannya cukup beragam antara 1-3 dokter, tetapi jumlah ini tidak merata. Beberapa Puskesmas hanya memiliki satu orang dokter yang merangkap sebagai kepala Puskesmas sekaligus tenaga medis di Puskesmas tersebut. Idealnya, seorang



dokter di Puskesmas menempati jabatan fungsional, sementara itu jabatan struktural sebaiknya dipegang oleh Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM). Bahkan di beberapa wilayah di Indonesia, telah ada kebijakan yang mengharuskan sebuah Puskesmas dikepalai seorang SKM yang memang secara disiplin ilmu dan kompetensinya mempunyai kapabilitas untuk tanggungjawab tersebut. Pertimbangannya adalah, dari disiplin ilmu dan kompetensi yang dimiliki seorang dokter, maka dokter lebih dibutuhkan sebagai tenaga medis yang bersifat fungsional daripada mengurus hal-hal yang bersifat manajerial dan struktural. Selain itu, ketika seorang dokter Puskesmas juga merangkap jabatan struktural, dokter tersebut tidak bisa selalu ada di tempat, karena banyak acara atau kegiatan di luar Puskesmas yang harus dia hadiri. Akhirnya, jika di Puskesmas tersebut hanya mempunyai seorang dokter, maka tanggungjawab dalam melayani pasien Puskesmas dilimpahkan kepada tenaga perawat yang secara disiplin ilmu dan kompetensi sebenarnya tidak bisa menggantikan posisi dokter. Hal ini tentu saja akan mengurangi kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan.

Kondisi tersebut di atas ditemui di salah satu Puskesmas kecamatan di wilayah penelitian. Menurut hasil wawancara dengan dr. Kurniawan kepala Puskesmas Cikedung, selama ini tidak pernah terjadi kasus-kasus kegawatdaruratan ketika dia tidak berada di tempat. Jadi, kasus-kasus yang umumnya ditangani oleh perawat adalah keluhan-keluhan umum saja yang pengobatannya sudah terstandarisasi. Namun untuk menjaga kualitas pemberian pelayanan kesehatan yang diberikan oleh perawat, selalu diadakan rapat koordinasi antara dokter dengan perawat untuk mendiskusikan masalah dan kesulitan yang ditemui oleh perawat selama memberikan pelayanan. Menurut dokter tersebut, rapat ini sekaligus dijadikan media “transfer ilmu medis” kepada para perawat untuk meningkatkan kemampuan medisnya. Ditambah lagi, di ruang pelayanan dipajang langkah-langkah dalam penanganan *Shock Anafilactic* yaitu reaksi penolakan terhadap pengobatan yang diberikan (alergi) sebagai langkah antisipasi.

Lebih lanjut kepala Puskesmas menuturkan bahwa dengan kondisi Puskesmas Cikedung yang hanya merupakan Puskesmas biasa nonperawatan, tidak dilengkapi dengan peralatan kegawatdaruratan persalinan, sehingga untuk kasus persalinan tidak bisa diberikan oleh Puskesmas Cikedung dan akan dilakukan rujukan ke Puskesmas Poned atau Puskesmas perawatan. Walaupun sejak dikeluarkan Perda oleh Bupati Indramayu yang membebaskan semua bentuk biaya persalinan, maka Puskesmas Cikedung secara tidak langsung terikat dan akan membantu persalinan semampunya. Tetapi hingga wawancara dilakukan, belum ada pasien yang datang secara khusus ke Puskesmas untuk menjalani pelayanan persalinan, pasien lebih senang melahirkan di rumah dengan cara memanggil bidan ke rumah mereka.

## 7. Pelayanan Fasilitas dan Ketersediaan Tenaga Kesehatan di Kabupaten Lampung Utara

Pada bagian ini membahas tenaga kesehatan di Kabupaten Lampung Utara, baik menyangkut ketersediaan dari sisi jumlah maupun kualitas dari tenaga kesehatan yang ada. Kualitas tenaga kesehatan di sini menyangkut kompetensi yang dimiliki didasarkan pada latar belakang pendidikan dan keterampilan yang dimiliki serta kualitas pelayanan yang berhubungan dengan keramahan dan kesigapan tenaga kesehatan dalam menerima pasiennya.

### 7.1. Ketersediaan Tenaga Kesehatan

Ketersediaan tenaga kesehatan merupakan prasyarat utama penyediaan pelayanan kesehatan yang memadai bagi masyarakat. Di Kabupaten Lampung Utara, tenaga kesehatan yang bertugas di berbagai fasilitas kesehatan dapat dilihat dari Tabel 4.20.

Tabel 4.20. memberikan gambaran ketersediaan tenaga kesehatan berdasarkan latar belakang pendidikan yang pernah diikuti, jenis, dan tempat bertugas. Tenaga kesehatan tersebut tersebar di berbagai fasilitas pelayanan kesehatan yang dikelola pemerintah daerah di seluruh wilayah kabupaten Lampung Utara pada tahun 2004.<sup>35</sup> Distribusi terbesar dari tenaga kesehatan yang ada berada pada unit fasilitas pelayanan Puskesmas yang tersebar di 16 kecamatan.

Data tentang jumlah tenaga kesehatan yang diperoleh dari buku Profil Kesehatan Kabupaten Lampung Utara tahun 2006 memperlihatkan angka yang berbeda dari data tahun 2004. Data yang dikeluarkan Dinas Kesehatan tersebut menjelaskan bahwa tenaga kesehatan pada tahun 2006 di Kabupaten Lampung Utara adalah sebanyak 1182 orang yang terdistribusi di beberapa unit kerja kesehatan dengan rincian sebagai berikut:

- Dinas Kesehatan : 75 orang
- Rumah Sakit Umum : 366 orang
- Puskesmas : 708 orang
- Sarana Kesehatan lain : 33 orang

Adapun tenaga medis yang ada di Lampung Utara<sup>36</sup> berjumlah 71 orang terdiri atas tujuh orang dokter spesialis (rasio 1,20 per 100.000 penduduk), 44 dokter umum (rasio 7,56 per 100.000 penduduk), dan 20 dokter gigi (rasio 3,34 per 100.000 penduduk). Adapun dokter umum yang bertugas di Dinas Kesehatan Kabupaten Lampung Utara sejumlah satu orang, 33 orang di Puskesmas dan 10 orang di RS. Rasio Puskesmas dengan jumlah petugas kesehatan adalah sebesar 1:33,71. Artinya, setiap Puskesmas mempunyai 23-34 orang pegawai. Sementara rasio dokter spesialis terhadap penduduk adalah 1-2 orang per 100.000 penduduk.

<sup>35</sup> Data tahun 2004 berbasis pada data yang dikumpulkan pada tahun 2003.

<sup>36</sup> Data dari buku *Profil Kesehatan Kabupaten Lampung Utara Tahun 2006* yang dikeluarkan oleh Dinas Kesehatan.

**Tabel 4.20.**  
**Jumlah Tenaga Kesehatan Dirinci menurut Jenis dan Tempat Tugas di**  
**Kabupaten Lampung Utara, Tahun 2005**

No.	Jenis Tenaga Kesehatan	Tempat Tugas			Jumlah
		Dinkes	Puskes	RSU	
1.	S2 Kesehatan	5	-	2	7
2.	Dokter Spesialis	-	-	8	8
3.	Dokter Umum	2	21	6	29
4.	Dokter Gigi	-	11	3	14
5.	Sarjana Farmasi/Apoteker	2	-	2	4
6.	Sarjana Kesehatan Masyarakat	17	3	2	22
7.	Sarjana Non kesehatan	21	2	2	25
8.	Sarjana Keperawatan	1	1	2	4
9.	Akademi Penilik Kesehatan	16	15	3	34
10.	Akademi Keperawatan	2	76	26	104
11.	Akademi Kebidanan	2	5	4	11
12.	Akademi Anastesi	-	1	9	10
13.	Akademi Gizi	-	2	1	3
14.	Akademi Analisis Kesehatan	-	2	2	4
15.	Akademi Kesehatan Gizi	-	1	-	1
16.	Akademi Rontgen	-	1	10	11
17.	Akademi Fisioterapi	-	1	2	3
18.	Ak. Repraksionis Optisien	-	-	1	1
19.	Atem	-	-	2	2
20.	Perawat	-	111	65	176
21.	Bidan	2	161	16	179
22.	SMKA/Rawat Gizi	-	-	3	3
23.	SPPH	6	20	2	28
24.	SPAG	1	14	2	17
25.	SAA/SMF/AKFAR	2	10	6	18
26.	SMAK	-	13	6	19
27.	SPRG	-	8	4	12
28.	Pekarya Kesehatan	8	38	6	52
29.	Pembantu Paramedis	-	3	2	5
30.	Pembantu Perawat	-	27	2	29
31.	Pembantu Bidan	-	4	5	9
32.	Tenaga Tata Usaha	9	48	20	77
33.	STM	-	1	1	2
<b>Jumlah/Total</b>		<b>96</b>	<b>600</b>	<b>227</b>	<b>923</b>
<b>2004</b>		<b>95</b>	<b>523</b>	<b>307</b>	<b>925</b>

*Sumber:* Lebakdalam Angka, tahun 2007

Berdasarkan data Dinas Kesehatan tahun 2005, penduduk Kabupaten Lampung Utara tahun 2005 berjumlah total 561.138. Sehingga dapat dikatakan persentase ketersediaan tenaga kesehatan adalah sebesar 1,12% dari total jumlah penduduk. Artinya, tersedia 725 orang tenaga kesehatan untuk memberikan pelayanan kesehatan terhadap 561.138 penduduk.

Adapun rasio ketersediaan dokter umum terhadap jumlah penduduk adalah 7-8 per 100.000 penduduk. Hal ini karena dokter yang bekerja di Kabupaten Lampung Utara berpindah tugas ke tempat lain dan belum ada pengangkatan dokter baru pada tahun 2006, baik PNS maupun PTT, yang menggantikan tugas dokter lama. Kenyataan ini cukup memprihatinkan sebab pengobatan secara optimal kepada masyarakat luas menjadi berkurang sehingga terpaksa dialihkan kepada bidan atau perawat di Puskesmas. Sementara itu mandat seorang bidan sesungguhnya memberikan pelayanan kesehatan khusus kepada ibu dan anak, itupun untuk keluhan kesehatan yang tergolong ringan seperti diare, demam, pilek, menolong persalinan, penggunaan kontrasepsi, imunisasi, dan sebagainya. Sementara itu untuk tindakan medis yang dibutuhkan untuk penyakit yang lebih sulit semestinya ditangani oleh tenaga berpendidikan dokter umum, bahkan bila perlu seorang dokter spesialis. Rasio dokter gigi terhadap jumlah penduduk adalah 2 per 100.000 orang penduduk.

Rasio tenaga perawat di Kabupaten Lampung Utara pada tahun 2006 adalah 66,45 per 100.000 penduduk (66-67 orang perawat melayani 100.000 penduduk) dan rasio tenaga bidan 41,72 per 100.000 (41-42 bidan melayani 100.000 penduduk). Untuk rasio tenaga perawat dan bidan mengalami peningkatan hal ini disebabkan jumlah penduduk bertambah dan diikuti dengan bertambahnya jumlah tenaga perawat dan bidan.

## 7.2. Keberadaan Bidan

Di Kabupaten Lampung Utara tersedia bidan sebanyak 284 orang yang tersebar secara merata di setiap kecamatan dalam jumlah yang beragam. Bidan yang ada pada umumnya bertugas di berbagai fasilitas pelayanan kesehatan seperti rumah sakit, Puskesmas, Pustu, Pusling, serta Polindes. Selain itu para bidan juga umumnya membuka praktik sendiri di tempat tinggalnya.

Di setiap fasilitas pelayanan tenaga bidan tersedia minimal tiga orang yang bertugas memberikan pelayanan kesehatan bersama dengan dokter dan tenaga perawat. Bidan bertugas di fasilitas pelayanan kesehatan pada setiap hari kerja mulai pukul 08.00-13.00 WIB setelah itu mereka membuka praktik di tempat tinggalnya selama 24 jam. Sementara Bides adalah bidan yang baru selesai menempuh pendidikan bidan, setelah melalui posisi sebagai TKS kemudian diangkat sebagai bidan, di Pustu maupun di Polindes.

Bides bertugas di dalam satu desa dan bertanggungjawab memberikan pelayanan kesehatan pada ibu dan anak dalam satu desa. Mereka diharuskan menempati Polindes yang telah disediakan selama 24 jam penuh. Tetapi kenyataannya sangat jarang ditemukan Bides yang tinggal di Polindes selama 24 jam, umumnya mereka hanya ada di jam kerja seperti layaknya Puskesmas ataupun Putu untuk kemudian pulang dan membuka praktik di rumahnya. Hal itu dilakukan dengan berbagai alasan, di antaranya adalah:

- Kondisi fisik bangunan Polindes kurang layak sebagai tempat tinggal, selain berukuran kecil kondisinya juga sangat sederhana, bahkan ada beberapa bangunan

Polindes yang telah rusak dan kotor karena tidak terawat dengan baik.

- Tidak ada fasilitas air bersih yang dapat digunakan untuk menunjang pelayanan kesehatan maupun untuk keperluan hidup sehari-harinya.
- Tidak adanya peralatan penunjang seperti tempat tidur untuk memeriksa pasien, bangku, meja dan perabotan lain yang berguna untuk pemeriksaan kesehatan pada pasien yang datang.
- Gaji yang diterima tidak mencukupi untuk digunakan membiayai kebutuhan hidup sehari-hari. Gaji yang diterima tidak hanya digunakan untuk memenuhi kebutuhan hidup bidan, tetapi juga harus dialokasikan untuk membayar listrik serta pengadaan beberapa peralatan, perabot penunjang operasional Polindes, serta pengadaan air bersih untuk keperluan sehari-hari.
- Tidak ada perlindungan ataupun jaminan keamanan bagi bidan yang bertugas di desa tertentu. Beberapa orang dokter yang ditemui menambahkan adanya kekhawatiran Bides yang bertugas di daerah terpencil karena adanya potensi Bides yang belum menikah dapat dilarikan oleh pemuda setempat untuk dinikahi.<sup>37</sup>
- Bidan yang telah menikah cenderung memilih tinggal bersama keluarganya di rumah mereka yang dirasakan lebih layak dan nyaman sehingga memilih untuk pulang pergi atau tidak menginap di Polindes tempatnya bertugas.

Dengan berbagai kondisi yang disebutkan di atas, Bides menjadi sulit diharapkan memberikan pelayanan maksimal 24 jam kepada penduduk desa di tempatnya bertugas. Masyarakat harus menemui bidan di tempat praktik pribadinya di rumah. Hal itu tentu berimplikasi pada biaya yang dibayar pasien lebih tinggi dibandingkan dengan tarif pelayanan di Polindes, kartu Askeskin juga tidak dapat digunakan untuk memperoleh pelayanan kesehatan gratis kecuali untuk keperluan persalinan.

### **7.3. Pendidikan Bidan dan Pelayanan yang Diberikan**

Dari 284 jumlah bidan yang ada di Kabupaten Lampung Utara sebagian besar (242 orang atau 85%) adalah lulusan sekolah kebidanan setara D1. Belum banyak dijumpai bidan dengan latar belakang lulusan pendidikan setara diploma (jumlahnya sekitar 42 orang atau 15%) apalagi D4. Sementara itu standar nasional kebidanan untuk tahun 2010 memiliki pendidikan setara minimal D3 dan diharapkan meningkat menjadi D4. Namun sayangnya kebijakan ini tidak diimbangi dengan upaya memberikan bantuan biaya bagi bidan yang membutuhkan peningkatan pendidikan di jenjang yang lebih tinggi.

<sup>37</sup> Di Kabupaten Lampung Utara masih kuat berkembang nilai adat pernikahan lelarian, artinya melarikan perempuan untuk dinikahi. Adat ini masih dilestarikan hingga sekarang, tidak sebatas bagian dari prosesi namun seringkali juga menjadi modus operandi kejahatan—pemaksaan kawin bagi perempuan.

### **Purwati**

(Desa Hanakau Jaya, Kecamatan Lampung Utara)

#### ***“Ketersediaan Fasilitas Kesehatan yang Terbatas.”***

Purwati adalah seorang ibu berusia 32 tahun memiliki dua orang anak. Suami Purwati bernama Paturoni. Pendidikan terakhir Purwati adalah SD, sedangkan suaminya tidak pernah sekolah. Sehari-harinya Paturoni bekerja sebagai buruh harian yang mengerjakan pekerjaan apa saja yang diperolehnya secara serabutan. Artinya, tidak ada pekerjaan tetap yang memberinya penghasilan rutin setiap bulannya, sedangkan istrinya yakni Purwati sehari-hari menjalankan aktivitasnya sebagai ibu rumah tangga. Bila dihitung rata-rata penghasilan yang diterima Hidayati dan Paturoni besarnya kurang dari Rp. 600.000,-.

Purwati dan Paturoni tinggal di sebuah rumah berukuran luas 20 m<sup>2</sup> (5 x 4 m) yang dihuni bersama dengan orangtua Purwati, sehingga total jumlahnya ada lima orang yang tinggal bersama dalam rumah ini. Rumah ini sebenarnya adalah milik orangtua Purwati sehingga Paturoni dan Purwati menumpang di rumah orangtuanya. Untuk kebutuhan air bersih keluarga Purwati harus mengambilnya dari sumur umum yang dapat dicapai dari rumahnya dalam waktu 15 menit. Keluarga Purwati belum memiliki kamar mandi pribadi yang memadai sehingga untuk keperluan membuang hajat besar keluarga ini biasa menggunakan lubang tanah yang dibuat di bagian belakang rumah mereka.

Saat ini Purwati dan keluarganya tercatat sebagai pemegang kartu Askeskin. Kartu ini mereka peroleh setelah melalui pendataan dari petugas yang datang mengunjungi rumah mereka.

Ibu Purwati pernah mengalami kehamilan sebanyak tiga kali, namun salah seorang dari anaknya dilahirkan dalam keadaan meninggal, sehingga anak yang masih ada sekarang sebanyak dua orang. Anak terkecil saat ini berusia dua tahun. Purwati mengetahui beberapa masalah kesehatan yang dapat membahayakan wanita pada saat kehamilan seperti perdarahan, mules berkepanjangan, anemia ataupun posisi bayi yang salah. Namun Purwati cenderung memilih pengobatan tradisional misalnya dengan menggunakan jamu untuk mengatasi keluhan-keluhan tersebut.

Kecenderungan Purwati untuk lebih memilih cara-cara pemeliharaan ataupun pengobatan dengan cara-cara tradisional membuatnya jarang mengakses fasilitas kesehatan. Purwati tidak pernah mendapatkan imunisasi TT selama kehamilannya. Anaknya yang terakhir yang berusia dua tahun juga tidak pernah dibawa ke Posyandu untuk memperoleh imunisasi. Purwati tidak begitu paham tentang manfaat

pentingnya bayi atau anak mendapatkan imunisasi. Kurangnya pengetahuan dan kesadaran Purwati untuk mengakses fasilitas yang tersedia membuatnya lebih memilih dukun untuk mengatasi berbagai keluhan yang terkait dengan organ reproduksinya. Purwati diketahui mengalami beberapa keluhan pada organ reproduksinya, antara lain, keluhan nyeri, gatal pada alat kelamin, sakit ketika berhubungan seks, serta nyeri pada perut bagian bawah. Purwati memilih mendatangi dukun untuk mengobati keluhannya karena didasari pertimbangan jarak yang dekat, serta biaya yang tergolong murah yakni Rp. 5.000,-.

Purwati dan suaminya mengaku tidak pernah menggunakan alat kontrasepsi untuk mengatur jumlah anak yang ingin mereka miliki. Namun mereka berdua berniat menggunakan alat kontrasepsi suatu saat nanti.

Purwati pernah mengalami kehamilan sebanyak tiga kali dengan satu orang anak meninggal saat dilahirkan. Dari penuturannya Purwati mengatakan bahwa selama kehamilannya telah memeriksakan diri ke dukun yang rumahnya tidak jauh dari tempat tinggalnya. Dia memilih dukun untuk memeriksakan kondisi kehamilannya karena lebih mudah dijangkau, terlebih dia tidak harus membayar untuk sekadar ingin dilihat bagaimana kondisi kehamilannya. Begitupun pada saat Purwati mengalami keguguran dia juga memilih memeriksakan diri ke dukun. Purwati tidak pernah tahu persis apa yang menjadi penyebab keguguran yang dialaminya.

Pada persalinan anaknya yang terakhir Purwati ditolong oleh dukun yang biasa dia kunjungi pada saat hamil. Persalinan Purwati berjalan normal dan bayinya berhasil lahir dengan selamat. Untuk seluruh jasa yang diberikan sang dukun, Purwati membayar sebesar Rp. 150.000,- dana ini berasal dari tabungannya.

Purwati menganggap biaya yang harus dikeluarkan bila mengakses fasilitas kesehatan guna memperoleh pelayanan yang terkait dengan kesehatan reproduksi, secara umum tergolong mahal. Beberapa pelayanan seperti pemasangan alat kontrasepsi, pemeriksaan kehamilan, komplikasi kehamilan, keguguran tergolong mahal menurut Purwati. Hanya biaya persalinan saja yang dianggapnya lebih murah — berdasarkan pengalaman Purwati yang memilih menggunakan dukun.

Purwati menuturkan bahwa selama ini suaminya yang tergolong dominan dalam membuat keputusan tentang berbagai hal dalam keluarga termasuk keputusan tentang pemilihan pengobatan, pilihan tenaga penolong persalinan, alat transportasi yang dipilih yang akan digunakan untuk mengakses sarana pengobatan pada saat sakit. Hanya dalam hal jumlah anak Purwati dilibatkan oleh suaminya untuk membuat keputusan.

Purwati tinggal di Desa Hanakau, yang tergolong jauh dari pusat kota Kabupaten Lampung Utara. Sarana dan prasarana yang ada di Desa Hanakau tergolong



terbatas. Untuk mencapai desa Hanakau Jaya harus menempuh perjalanan melewati perkebunan sawit, kebun singkong yang cukup luas sepanjang kurang 15 km, dengan waktu tempuh kurang lebih dua jam dengan bus menuju pusat kota (Kotabumi). Jalan utama sepanjang 15 km ini dalam kondisi rusak parah, penuh lubang-lubang, berbatu, beberapa bagian jalan juga ada yang penuh lumpur dan tergenang sehingga licin dan membahayakan pemakai jalan. Kondisi ini lebih diperparah dengan situasi keamanan yang tidak terjamin karena sering ditemukan aksi perampasan kendaraan bermotor serta perampokan. Bila hari beranjak gelap masyarakat cenderung tidak keluar rumah atau menempuh perjalanan melintasi jalan utama ini karena situasi yang tidak aman. Selain itu, transportasi yang tersedia sangat terbatas, hanya berupa bus antarkota yang melintas di pagi dan sore hari. Praktis, pilihan transportasi yang dapat digunakan hanya kendaraan pribadi atau ojek.

Di desa ini hanya tersedia sebuah Pustu yang membuka pelayanan setiap Senin-Sabtu dari pukul 08.00-12.00 WIB. Petugas kesehatan yang tersedia di Pustu hanya satu orang mantri sekaligus merangkap sebagai Kepala Pustu. Untuk kebutuhan atas penolong persalinan, penduduk Desa Hanakau biasa memanfaatkan dukun yang tersedia di desa mereka, hanya sebagian kecil saja yang memilih untuk mengakses pelayanan kesehatan seperti bidan atau Puskesmas yang berada di kecamatan karena jaraknya tergolong jauh.

Purwati mewakili gambaran penduduk yang berada di daerah terpencil jauh dari pusat kota dengan sarana dan prasarana yang terbatas, khususnya fasilitas pelayanan kesehatan. Hal itu berkontribusi pada perilaku pencarian pengobatan yang dilakukan oleh Purwati yang hampir tidak pernah mengakses fasilitas pelayanan kesehatan pada saat sakit, hamil, persalinan, maupun untuk pemeriksaan kesehatan anak balitanya. Beberapa faktor turut menjadi penghambat Purwati dalam mengakses fasilitas kesehatan di antaranya adalah bila tidak tahu tempat berobat, suami tidak memberi ijin, tidak punya uang, jarak tempuh jauh, angkutan sulit, tidak ada menemani (mengantar), termasuk bila petugas yang memeriksa bukan perempuan maka Purwati memilih untuk tidak mengakses fasilitas kesehatan yang terdekat.

Faktor-faktor tersebut di atas menjadi jawaban mengapa Purwati cenderung memilih mengandalkan tenaga dukun yang berada dekat dengan tempat tinggalnya pada saat mengalami berbagai keluhan kesehatan ataupun pada saat kehamilan, persalinan, dan pasca persalinan.

Sementara itu dengan latar belakang pendidikan bidan yang beragam, baik itu D1, D3 maupun D4, seorang bidan diharapkan memberikan pelayanan pada ibu dan anak meliputi pemeriksaan kehamilan, menolong persalinan, memantau kesehatan anak, imunisasi dan juga pelayanan KB. Kenyataannya, bidan di desa pada umumnya memberikan pelayanan yang beragam kepada masyarakat. Mereka berfungsi selayaknya seorang dokter yang tidak hanya mengkhususkan diri pada pelayanan ibu dan anak melainkan juga menangani pengobatan berbagai keluhan sakit dari pasien yang datang.

Seperti pengalaman bidan Yanti di Desa Negara Ratu yang sehari-hari bertugas di kantor kecamatan, membidangi urusan kependudukan dan keluarga berencana juga membuka praktik pribadi di rumah. Menurut bidan Yanti, dia lebih sering berada di rumahnya untuk menerima pasien dibandingkan bertugas di kantor kecamatan yang bisa dilakukannya hanya 2-3 hari saja dalam satu minggu. Di tempat praktiknya yang sangat sederhana, bidan Yanti biasa menangani beragam keluhan kesehatan yang dialami pasiennya dan memberikan pengobatan selayaknya seorang dokter. Pelayanan yang diberikan sangat beragam mulai dari memeriksa kehamilan, menolong persalinan, memberikan imunisasi, mengobati penyakit ringan, melakukan khitan, juga menolong pasien yang datang dengan luka parah akibat kecelakaan.

Untuk setiap jasa yang diberikan bidan Yanti menerapkan tarif yang beragam, untuk pasien dengan keluhan pilek, diare, batuk, dan penyakit ringan lainnya berkisar Rp. 15.000,- hingga Rp. 25.000,- untuk setiap pemeriksaan dan obat yang diberikan. Tarif ini disesuaikan dengan jenis penyakit dan obat yang diberikan. Bidan Yanti juga mengaku lebih memilih menggunakan obat nongenerik dalam menangani pasiennya karena lebih baik kualitasnya dibandingkan dengan obat yang ada di Puskesmas. Untuk pemeriksaan kehamilan tarif yang dikenakan adalah Rp. 10.000,- hingga Rp. 15.000,- pelayanan khitan pada perempuan dikenakan tarif Rp. 25.000,- sedangkan untuk persalinan minimal pasien ditarik biaya Rp. 450.000,-.

Pasien yang datang ke tempat bidan biasanya dilatarbelakangi oleh dekatnya jarak tempat praktik bidan dengan rumah, ada pula faktor percaya dengan kemandirian obat yang diberikan bidan, cocok dengan pengobatan dan pelayanan yang diberikan, kedekatan psikologis dengan sang bidan juga karena fleksibilitas dalam pembayaran. Beberapa bidan mengakui bahwa mereka tidak bisa menerapkan tarif secara kaku kepada pasiennya melainkan juga mempertimbangkan kemampuan ekonomi dari si pasien. Tidak jarang pasien tidak mampu membayar biaya pengobatan sehingga meminta untuk berhutang terlebih dahulu. Adapula pasien yang mencoba mengganti biaya pengobatan dengan sejumlah barang yang senilai. Beberapa bidan ada yang mau berkompromi dengan kondisi pasiennya yang tidak mampu dengan cara memberikan keringanan pembayaran secara mencicil. Namun dari hasil observasi di wilayah penelitian tidak dijumpai bidan yang mau menerima pembayaran dengan barang atau hasil bumi senilai tarif pengobatan. Mereka khawatir jika permintaan pasien tersebut dipenuhi, maka menjadi kebiasaan yang diikuti pasien-pasien lainnya, sementara sang bidan membutuhkan dana tunai untuk pembelian obat

serta peralatan pendukung.

Dari segi jam pelayanan, pada umumnya bidan bersedia dipanggil atau dimintai pertolongan kapan pun pasien membutuhkan. Praktis, selama 24 jam. Namun, ada pula bidan yang tidak mau memenuhi panggilan pasiennya bila hari telah lewat tengah malam atau sang bidan telah tidur.

Dari pengalaman beberapa responden yang memanfaatkan pelayanan kesehatan di bidan mereka mengaku cocok dan biasa menggunakan jasa bidan yang letaknya dekat dari rumah. Mereka yang merasa cocok dengan pelayanan bidan biasanya akan selalu datang setiap kali dirinya atau keluarganya merasakan keluhan pada kesehatannya. Kadang mereka tidak peduli pada keterbatasan bidan dalam memberikan pengobatan, khususnya penyakit yang agak berat seperti TBC. Pasien tetap ingin memeriksakan diri ke bidan untuk mendapatkan saran lebih lanjut, sebelum akhirnya pergi ke fasilitas pelayanan yang lebih lengkap.

Keberadaan bidan di desa benar-benar dirasakan sangat penting oleh penduduk desa mengingat tarifnya lebih murah dibandingkan dengan dokter. Selain itu bidan juga dianggap lebih teliti dan cepat dalam menangani keluhan pasien yang datang kepadanya.

Namun demikian adapula responden yang mendapat pengalaman yang kurang menyenangkan saat ingin memanfaatkan pelayanan pada praktik bidan, di antaranya adalah kesibukan bidan yang sangat padat membuat mereka sulit untuk mendapatkan pelayanan bidan. Hal itu karena sang bidan merangkap bekerja, baik di tempat pelayanan pemerintah juga membuka praktik pribadi di rumahnya. Saat pasien datang ke Pustu atau Polindes bidan sudah pulang, namun saat mendatangi rumah bidan terkadang bidan juga tidak di tempat karena sedang menolong persalinan di suatu tempat atau memiliki kesibukan lain sehingga pasien harus menunggu lama. Selain itu beberapa responden juga mengaku bahwa untuk pelayanan KB mereka tidak memperoleh penjelasan yang memadai sebelum menggunakan alat kontrasepsi (Alkon) tertentu, baik tentang cara kerja maupun efek samping pemakaian KB jenis tertentu. Bahkan tak jarang pasien tidak diberi kesempatan untuk memilih alat kontrasepsi di antara pilihan alat yang beragam karena sang bidan telah menyarankan KB tertentu — sesuai dengan ketersediaan alat kontrasepsi yang dimilikinya. Di sisi lain, kesibukan bidan juga turut andil dalam mempengaruhi kurangnya informasi kesehatan yang diberikan kepada pasien. Bidan ingin cepat menangani pasien-pasiennya yang datang dalam waktu yang singkat.

Bidan Melita di Desa Negara Ratu Kecamatan Sungkai Utara menuturkan bahwa bidan memang memiliki kesibukan yang sangat padat. Selain harus bertugas di pelayanan pemerintah (Polindes, misalnya) juga harus menjalankan tugas piket satu hari dalam seminggu di Puskesmas induk di kecamatan. Sesampai di rumah sang bidan masih juga membuka praktik swasta atau pribadi guna menambah penghasilan. Dalam satu hari bidan bisa menerima pasien rata-rata 5-10 orang. Tak jarang ada pula bidan yang mengutamakan praktik pribadinya dibandingkan dengan kewajibannya bertugas di Puskesmas. Sehingga kadang ditemukan bidan datang terlambat ke Puskesmas dengan alasan masih

menolong pasien bersalin yang datang ke tempat praktik pribadinya. Kenyataan itu patut disayangkan karena pengabaian pelayanan di fasilitas pemerintah menjadi preseden buruk rendahnya tanggungjawab dan komitmen tenaga kesehatan terhadap pelayanan yang berkualitas. Masyarakat juga ikut dirugikan karena gagal memperoleh pelayanan yang berkualitas dengan harga terjangkau atau gratis, dan kadang terpaksa harus pergi ke pelayanan swasta dengan konsekuensi biaya yang lebih mahal.

Sebagai gambaran Puskesmas yang masuk dalam kategori Puskesmas induk dengan kategori swadana salah satunya adalah Puskesmas Kotabumi I yang ada di daerah penelitian WRI yakni di Kecamatan Kotabumi yang berada di pusat kota. Puskesmas ini membawahi sembilan kelurahan dan empat desa yang ada di sekitarnya. Di Puskesmas ini terdapat 29 orang tenaga medis, terdiri atas tiga dokter (dua dokter umum dan satu orang dokter gigi), tiga orang bidan lulusan D1, lima orang perawat dan dua tenaga sukarela perawat, satu orang tenaga laboratorium, satu bagian administrasi, satu bagian administrasi obat dan satu bagian administrasi barang.

#### **7.4. Ketersediaan Tenaga Mantri (Perawat)**

Di Kabupaten Lampung Utara tahun 2006 terdapat 387 perawat dengan latar belakang pendidikan akademi keperawatan (227 orang), lulusan SPK 156 orang, dan lulusan sarjana keperawatan sebanyak empat orang. Mereka bertugas di beberapa unit pelayanan kesehatan, yakni dua orang bertugas di dinas kesehatan, 202 orang bertugas di Puskesmas, dan 152 orang bertugas di Rumah Sakit Umum (RSU).

Perawat atau masyarakat sering menyebutnya dengan mantri sesuai dengan kompetensinya diharapkan memberikan pelayanan kesehatan yang bersifat melengkapi pelayanan yang telah diberikan oleh tenaga dokter atau bidan. Misalnya, untuk meneruskan perawatan pasca rawat inap di rumah sakit, perawatan yang berkelanjutan bagi penderita diabetes yang membutuhkan suntikan insulin secara berkala, dan berbagai pelayanan lainnya sesuai dengan rekomendasi dan penugasan dari dokter. Namun demikian, tak dapat dipungkiri bahwa keterbatasan tenaga dokter maupun bidan membuat perawat atau mantri berada pada posisi dilematis yakni antara tuntutan kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang belum terpenuhi secara maksimal karena keterbatasan tenaga medis yang ada. Di sisi lain, adanya mandat dan kompetensi yang terbatas.

Pada praktiknya, seorang mantri di desa juga membuka praktik pribadi dan menerima pasien yang datang dengan keluhan berbagai penyakit ringan, bahkan ada pula mantri yang berani menerima pasien yang ingin melahirkan. Jelas apa yang dilakukan mantri tersebut telah melebihi mandat yang diembannya dan hal itu sangat berisiko pada kondisi kesehatan pasien yang ditolongnya. Seperti yang terjadi di desa Hanakau Jaya, keberadaan bidan tidak ada selain bidan yang bertugas di Pustu, dokter juga tidak ada. Mantri di sana berani menolong persalinan pasien dengan alasan telah terbiasa membantu proses persalinan di Puskesmas atau Polindes sehingga Mantri merasa telah cukup mampu dan berpenga-

laman dalam menolong persalinan walaupun tidak mengenyam pendidikan kebidanan sebelumnya.

Beberapa responden yang ditemui di wilayah penelitian mengungkapkan bahwa kepercayaan mereka pada mantri tidak jauh berbeda dengan kepercayaan pada bidan. Mantri dianggap dapat memberikan pelayanan kesehatan sama baiknya dengan bidan kecuali dalam hal pertolongan persalinan, masyarakat masih lebih percaya kepada bidan. Pasien yang datang memanfaatkan pelayanan mantri memiliki alasan beragam, di antaranya adalah karena telah percaya dan cocok dengan obat yang diberikan oleh mantri, karena alasan jarak, biaya ataupun karena tidak memiliki pilihan lain saat kebutuhan pelayanan kesehatan mendesak. Seperti yang terjadi di desa Hanakau Jaya, tidak adanya bidan desa maupun dokter membuat jasa mantri menjadi tumpuan masyarakat saat mengalami keluhan kesehatan. Mantri biasanya seorang laki-laki juga bersedia dipanggil ke rumah pasien saat dibutuhkan. Jenis pelayanan dan tarif yang dikenakan pada pasien juga hampir sama dengan bidan swasta. Dengan dana Rp. 10.000,- hingga Rp. 20.000,- pasien memperoleh pelayanan pemeriksaan kesehatan *plus* obat atau vitamin.

### 7.5. Distribusi Tenaga Kesehatan

Berikut ini adalah data yang menjelaskan distribusi tenaga kesehatan di 16 kecamatan di Kabupaten Lampung Utara<sup>38</sup>

Dari Tabel 4.21. terlihat bahwa penyebaran tenaga kesehatan dokter jumlahnya tidak sama di setiap kecamatan. Namun secara umum terlihat bahwa jumlah dokter yang bertugas sangat terbatas dibandingkan dengan rasio jumlah penduduk di wilayah yang bersangkutan. Jumlah dokter yang terbanyak ada di Kecamatan Kotabumi selatan yakni berjumlah enam orang, sementara itu di lima kecamatan jumlah dokter hanya satu orang, bahkan masih terdapat dua kecamatan yang sama sekali tidak memiliki tenaga dokter yang bertugas di daerahnya yakni Kecamatan Abung Timur dan Muara Sungkai.

Hal itu tentunya sangat berpengaruh pada terbatasnya kemampuan fasilitas kesehatan yang ada dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat di daerah tersebut. Adapun ketersediaan mantri di seluruh kecamatan tergolong telah merata. Artinya, mantri telah ada di semua kecamatan walaupun dengan jumlah yang beragam, demikian pula tenaga bidan. Bidan tersedia dalam jumlah yang relatif lebih banyak dibandingkan dengan tenaga dokter ataupun perawat.

---

<sup>38</sup> Potensi Desa Kabupaten Lampung Utara Tahun 2006.

**Tabel 4. 21.**  
**Banyaknya Tenaga Kesehatan yang Tinggal menurut Kecamatan dan**  
**Jenis Tenaga Kesehatan**

No.	Kecamatan	Dokter		Mantri Kesehatan	Bidan
		Pria	Perempuan		
1.	Bukit Kemuning	1	1	2	8
2.	Abung Tinggi	1	0	1	6
3.	Tanjung Raja	1	1	7	16
4.	Abung Barat	1	0	3	17
5.	Abung Tengah	1	0	5	9
6.	Kotabumi	3	1	7	11
7.	Kotabumi Utara	1	1	2	7
8.	Kotabumi Selatan	3	3	7	11
9.	Abung Selatan	3	1	6	14
10.	Abung Semuli	1	1	5	5
11.	Abung Timur	0	0	3	11
12.	Abung Surakarta	2	2	5	7
13.	Sungkai Selatan	2	2	4	18
14.	Muara Sungkai	0	0	4	5
15.	Bunga Mayang	1	0	2	5
16.	Sungkai Utara	1	0	9	17
<b>Jumlah</b>		<b>22</b>	<b>13</b>	<b>72</b>	<b>167</b>

*Sumber:* Lebakdalam Angka, Tahun 2007

# **BAB V**

## **Kemiskinan Berwajah Perempuan Berdampak pada Buruknya Kesehatan Reproduksi Perempuan**

### **Pendahuluan**

Bab ini mengajak kita semua untuk memahami bagaimana ketimpangan relasi gender yang muncul dalam berbagai bentuk relasi sosial telah mengkondisikan perempuan sebagai sosok yang menanggung kemiskinan. Perempuan di wilayah pedesaan, sesungguhnya merupakan penggerak roda ekonomi pasar tradisional. Selain merupakan sosok yang memikul berbagai beban nilai sosial dan budaya dan cenderung terbatas akses mereka ke dunia publik. Perempuan juga cenderung diposisikan lebih tidak bermakna jika dibanding dengan laki-laki.

Nilai sosial budaya tersebut telah membentuk cara pikir masyarakat dalam memaknai perempuan. Pemaknaan ini dalam praktiknya ikut memberi pengaruh terhadap pemaknaan arti kesehatan bagi perempuan. Kondisi ini memiliki kecenderungan yang merugikan kaum perempuan, terutama mengenai nilai kesehatan reproduksi mereka. Nilai tersebut merupakan bentukan sosial yang telah berjalan lama dari generasi ke generasi dan dalam konteks kemiskinan. Nilai ini kemudian memberikan gambaran kemiskinan yang berwajah perempuan.

### **1. Kemiskinan dan Ketimpangan Relasi Gender di Sumba Barat**

#### **1.1. Nilai Perempuan dalam Pernikahan**

Dalam masyarakat Sumba Barat ada tradisi, pandangan dan nilai-nilai sosial yang sudah sangat lama melekat dan hampir diyakini sebagai kebenaran. Selain itu, cara pandang dan nilai-nilai tersebut secara tidak langsung memberikan kontribusi pada lemahnya posisi kaum perempuan baik di keluarga, masyarakat maupun relasi sosial lainnya. Berikut ini



adalah gambaran beberapa ketimpangan dalam tradisi adat masyarakat Sumba yang dialami kaum perempuan. Salah satu gambaran tentang ketimpangan yang dialami kaum perempuan adalah nilai perempuan dalam tradisi pernikahan di Sumba. Di satu pihak penghargaan terhadap perempuan Sumba Barat terlihat tinggi ketika dipinang dengan jumlah *belis* (mas kawin) yang sangat besar. *Belis* tersebut seringkali akan sama jumlahnya dengan jumlah yang diberikan kepada ibu perempuan tersebut karena asal usul ibu sangat dipatuhi dalam tradisi pernikahan Sumba, seperti penuturan tokoh masyarakat Sumba Barat berikut ini:

“Dalam proses pemberian *mamuli* ada pemberian emas yang diberikan kepada ibu yang menyusui tanpa ada pembicaraan adat dan itu langsung disorongkan sirih pinang saat datang, dan itu adalah emas terbaik. Beberapa hewan akan diberikan kepada saudara laki-laki, kemudian bapak dan saudara kandung bapak yang jumlahnya hingga 12 ekor kerbau dan keluarga yang duduk di tikar adat akan dapat juga, tapi yang saya tekankan tidak harus dibayar pada saat itu, pihak laki-laki akan terus memberi kepada pihak perempuan hingga sampai meninggal, tetapi pada intinya hewan sakral tersebut tidak akan lebih dari 15 ekor, itu pada prinsipnya, dan pada ibu saya benar-benar dibayar 100 ekor.”<sup>1</sup>

Upacara pernikahan seringkali menjadi ajang pamer harga diri bagi sekelompok masyarakat kaya dan berdarah biru berkaitan dengan pembicaraan tentang mas kawin (*belis*) tersebut. Pada umumnya, *belis* berbentuk sejumlah ekor sapi, kerbau, kuda, kabi, setumpuk kain Kombo dari pihak laki-laki yang diberikan kepada pihak perempuan. Jumlah hewan ternak ini dapat mencapai puluhan, bahkan ratusan ekor dan pada saat yang sama akan mendapat balasan yang setimpal dari pihak perempuan berupa “Mamuli”. Mamuli adalah perhiasan khas adat Sumba dengan bentuk yang khas juga, terbuat dari emas, biasa dipakai di telinga, kalung, gelang, dan di pergelangan kaki perempuan dalam acara-acara masyarakat adat Sumba.

Sementara di lain pihak, penghargaan terhadap nilai bayaran *belis*, tidak serta merta membuat penghargaan terhadap perempuan juga terjamin. *Belis* bagi kaum laki-laki Sumba adalah tanda bahwa pihak laki-laki telah membayar pihak perempuan. Menurut Jack Karimata tokoh masyarakat Sumba Barat,

“Makna *belis* tidak seperti itu, tetapi *belis* sendiri sebenarnya dimaknai dimulainya hubungan antara dua keluarga karena *belis* tidak juga dibayar dengan kontan melainkan dibayar hingga akhir hayat karena pembayaran *belis* pun dapat dilanjutkan kepada anak-anak mereka.”<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Wawancara tokoh masyarakat Sumba Barat, Charles, 21 Desember 2007

<sup>2</sup> Wawancara tokoh masyarakat Sumba Barat, Jack Karimata, 21 Desember 2007

Dalam konteks sosial ekonomi, *belis* seringkali menjadi simbol kekayaan dan keperkasaan bagi laki-laki yang mampu membayar dalam jumlah yang sangat banyak. Dalam aturan adat yang tidak tertulis, *belis* tidak harus dibayar secara tunai pada saat pernikahan melainkan dapat dicicil bahkan hingga mati pun akan diteruskan oleh si anak untuk membayar sisanya kepada keluarga sang ibu. Hal ini dimaknai menjadi tanda ikatan dua keluarga yang tidak akan pernah putus sampai kapan pun. Pernikahan bagi kaum perempuan berarti masuk ke dalam kelompok laki-laki. Hal ini dikarenakan masyarakat adat Sumba menganut sistem patrilineal:

“Dengan diterimanya uang atau barang (*belis*) oleh pihak perempuan, maka berarti setelah pernikahan si perempuan akan mengikatkan diri pada perjanjian untuk ikut di pihak suami, baik pribadi maupun harta-benda yang dibawa, akan tunduk pada hukum adat suami, karena ia merupakan pembantu suami dalam hubungan kekerabatan maupun hubungan kemasyarakatan. Selanjutnya, hubungan kekerabatan ini juga menganut hubungan pernikahan “Ganti Suami”, artinya, apabila suami meninggal, maka istri harus kawin dengan saudara pria dari suaminya almarhum.” (Hadikusuma, 1990:73).

Bentuk pernikahan ini pada beberapa kasus menyebabkan penderitaan bagi perempuan Sumba Barat. Fakta telah terbayarnya *belis* memberi peluang bagi kaum laki-laki di Sumba Barat untuk melakukan ketidakadilan kepada kaum perempuan, antara lain, dalam bentuk kekerasan baik fisik maupun psikologis. Ini adalah pemaknaan negatif dari kaum laki-laki terhadap konsep *belis* yang seringkali diartikan sebagai penggantian perempuan dengan barang pemilikan. Hubungan asosiatif mengenai pemilikan tersebut kemudian menjadikan kaum laki-laki merasa memiliki perempuan sebagai “barang”, sehingga perlakuan apa pun dapat dilakukan terhadap “miliknya” tersebut. Ety Rambu Baba, seorang aktivis perempuan di Sumba Barat mengakui bahwa:

“Di masyarakat Sumba masih sangat tinggi angka kekerasan dan pola relasi yang sangat tidak adil yang dirasakan oleh perempuan. Banyak perempuan tidak dapat mengadukan masalah mereka kepada orangtua mereka, karena orangtua perempuan sudah lepas tangan dan menganggap kendali anak perempuannya berada pada pihak laki-laki. Bahkan perempuan tidak boleh pergi dari suaminya, karena dalam pernikahan masyarakat Sumba Barat, tidak mengenal kata perceraian. Perempuan harus menerima keadaannya tanpa dapat berbuat apa pun. Bagi laki-laki yang mampu dan kaya, dapat memiliki istri lebih dari satu, hal itu sekaligus simbol keperkasaan bagi laki-laki tersebut.”<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Wawancara aktivis perempuan Sumba Barat, Ety Rambu Baba, 7 Desember 2007

Di dalam wilayah adat pun, perempuan tidak diperhitungkan sebagai orang yang dapat mengambil keputusan adat apa pun, bahkan ada perbedaan yang sangat jelas dimana ruang bagi perempuan dan laki-laki dalam berbagai upacara berbeda. Contohnya dalam upacara pernikahan, tidak ada satu orang perempuan pun diperbolehkan duduk di tikar adat dalam proses *belis* dan pertemuan dua keluarga. Perempuan hanya dapat duduk di ruang belakang sekaligus sebagai pemasok makanan bagi para tamu.

Selanjutnya, polarisasi gender juga berlaku di rumah tradisional masyarakat Sumba<sup>4</sup>, dimana biasanya terdapat dua pintu yang langsung membedakan perempuan dan laki-laki. Pintu utama biasanya diperuntukkan bagi tamu dan kaum lelaki, sedangkan pintu belakang digunakan untuk kegiatan yang melekat dengan kaum perempuan. Pintu belakang ini boleh dikatakan menjadi pintu bagi kaum perempuan. Pada masa lalu, sangat pantang bagi kaum perempuan untuk masuk melalui pintu kaum laki-laki. Walaupun sudah banyak yang tidak lagi menggunakan rumah tradisional Sumba, tetapi untuk beberapa kasus di suku-suku terpencil, kondisi ini masih berlaku bagi kaum perempuan.

## 1.2. Perempuan dalam Tradisi Kematian

Gambaran posisi sosial perempuan yang lainnya juga tampak dari tradisi adat Sumba yang berkaitan dengan upacara kematian. Upacara kematian bagi Sumba Barat adalah upacara yang sangat sakral, karena masyarakat Sumba percaya bahwa kematian adalah tahapan menuju kehidupan yang lebih mulia. Walaupun upacara ini dilakukan dengan pengorbanan biaya yang sangat tinggi, tetapi tidak pernah menyurutkan keinginan masyarakat Sumba untuk meniadakannya. Miskin tidak berarti tidak dapat menyelenggarakan upacara kematian, karena sistem kekeluargaan yang sangat kuat pada masyarakat Sumba membangun rasa gotong-royong yang sangat kuat di antara mereka.

Di Sumba Barat, jika ada seseorang yang meninggal, tidak serta merta dikuburkan melainkan disemayamkan selama tiga hari hingga satu minggu di rumah duka. Selama waktu itu keluarga yang berduka harus menjamu tamu yang datang melayat ke rumah duka dengan sajian minuman dan makanan. Tamu dari unsur keluarga, handai taulan, kawan dan semua masyarakat yang mengenal almarhum akan datang dengan jumlah yang besar bahkan hingga ribuan orang. Dapat dibayangkan berapa ekor ternak yang harus dipotong untuk penyajian makanan tersebut.

Keluarga yang berduka sudah tidak lagi memperhitungkan dan mempersoalkan biaya yang telah dikeluarkan. Bagi mereka yang lebih penting, mereka dapat memberikan upacara kematian yang sakral bagi almarhum. Pada hari pemakaman, yang merupakan puncak upacara, keluarga dan para tetamu mengiringi kepergian roh si mati untuk mendapatkan kemuliaan. Sebelum pemakaman, dilakukan pemotongan ternak sesuai dengan kemam-

---

<sup>4</sup> "Pulau Sumbawa, Tawaran Berwisata ke Masa Silam", Harian Umum Sore *Sinar Harapan*, <http://www.sinarharapan.co.id>

puan keluarga almarhum sekaligus merupakan puncak dari semua upacara kematian tersebut. Pada tradisi upacara kematian yang berlaku, setiap orang yang datang melayat ke rumah duka, terutama keluarga almarhum, biasanya membawa barang berupa beras, uang, kopi atau selembar kain. Pelayat perempuan harus membawa kain, sedangkan pelayat laki-laki membawa sarung yang akan diletakkan di atas jenazah. Seluruh kain pemberian keluarga tersebut akan dibawa oleh almarhum hingga tempat peristirahatannya yang disebut “kubur batu”.

Tradisi lain yang berlaku pada upacara kematian, apabila yang meninggal dunia adalah orangtua atau saudara laki-laki dari bapak (paman), maka anak perempuan almarhum yang telah menikah harus menyumbang satu ekor kerbau. Jika almarhum memiliki lima orang anak perempuan, akan ada lima ekor kerbau yang dipotong dalam upacara kematian tersebut ditambah dengan sumbangan-sumbangan hewan dari keluarga lainnya. Anak laki-laki akan menjadi tuan rumah dan penerima tamu dalam upacara kematian tersebut. Posisi tersebut akan berbeda jika si perempuan menjadi menantu bagi almarhum, ia harus membawa hewan babi dalam upacara kematian tersebut.

Tidak ada kata “tidak ada” bagi anak perempuan, jika kematian orang tua mereka telah tiba. Anak perempuan yang berasal dari keluarga miskin harus tetap mengupayakan menyumbang kerbau, sekalipun dengan cara berhutang kepada orang lain dan akan diganti dengan cara mencicil atau mengganti dengan hewan yang sama saat orang yang dipinjaminya membutuhkan kerbau tersebut. Begitu juga saat paman sang perempuan meninggal, perempuan tersebut juga harus memberikan sumbangan kerbau pada upacara kematiannya. Tradisi ini hampir ratusan tahun diyakini dan dipegang teguh oleh masyarakat Sumba Barat, baik yang masih menganut apa yang mereka sebut sebagai agama Marapu maupun yang beragama Kristen.

Dampak dari begitu banyaknya upacara keagamaan dan adat yang dilakukan di masyarakat Sumba, menyebabkan kemiskinan terus terjadi tanpa pernah ada solusinya. Tradisi lokal tersebut telah menjerat mereka dalam tekanan proses pemiskinan, dan kaum perempuan menjadi korban yang paling akut. Hal ini menjadi demikian karena keluarga miskin hanya akan memelihara hewan ternak bukan dengan maksud untuk menambah penghasilan keluarga, melainkan sebagai persiapan jika nanti orangtua mereka meninggal dunia. Pada keluarga miskin, hewan ternak seperti kerbau dan babi jarang digunakan sebagai keperluan kehidupan maupun kepentingan ekonomi mereka. Oleh karena itu hewan ternak bukan sarana produksi untuk memperoleh surplus ekonomi, namun lebih merupakan fungsi sosial dan budaya.

### 1.3. Perempuan dan Beban Ganda

Perempuan miskin di Sumba Barat merupakan subjek yang aktif karena tidak pernah duduk berpangku tangan. Mereka harus membantu mencari nafkah bagi keluarga, membantu suami bekerja di sawah dari pagi hingga petang. Jika tidak sedang masa tanam, mereka

akan menenun kain atau sarung yang akan dijual sebagai penambah biaya hidup mereka sehari-hari. Banyak perempuan miskin hanya menerima tenun kontrak, dalam arti bahwa semua perlengkapan menenun kain atau sarung disediakan oleh orang yang memberi pesanan. Untuk satu kain atau sarung dengan menggunakan benang yang beragam, mereka biasa menerima upah sebesar Rp. 10.000,- hingga Rp. 100.000,- per lembar selama tujuh hingga 14 hari waktu pengerjaannya, tergantung pada tingkat kesulitannya.

Selain pekerjaan tersebut di atas, mereka juga tetap mengurus rumah dan anak-anak mereka. Pekerjaan rangkap ini merupakan hal biasa bagi banyak perempuan dari keluarga miskin di Sumba Barat. Sejak pagi buta mereka sudah harus bangun memasak makanan bagi suami mereka yang akan berangkat ke kebun, mengurus anak-anak, bahkan di musim kemarau harus berjalan hampir dua jam untuk mengambil air minum yang letaknya sangat jauh dari rumah mereka, dimana mata air terletak di tengah hutan, seperti ungkapan salah satu responden<sup>5</sup>:

“Kalau kami tidak kerja, tidak makan kami to, biar badan capek tapi kami dapat beri makan anak dan keluarga.... Sumba susah cari makan, air sulit, jual sayur pun murah.”

Di musim panen sayur, para perempuan akan berjalan kaki sampai 7 kilometer menjajakan sayur-mayur mereka menuju pasar. Lebih bagus lagi jika dagangan mereka habis di tengah jalan sebelum tiba di pasar, sehingga dapat pulang dengan cepat ke rumah. Dari pendapatan menjual sayur, mereka biasa mendapatkan hasil sekitar Rp. 20.000,- hingga Rp. 40.000,- untuk satu junjungan. Hasil yang mereka dapatkan sangat kecil, karena sayur yang mereka jual biasanya hanya daun ubi kayu, bunga buah pepaya, dan ubi-ubian. Harga untuk tiga ikat daun ubi besarnya Rp. 1.000,-. Dapat dibayangkan, walaupun terlihat sangat banyak ikatan sayur yang dijunjung oleh para perempuan tersebut, tetapi berat beban ikatan sayur yang mereka junjung tidak sebanding dengan hasil yang mereka peroleh. Para perempuan miskin tersebut lebih senang berjalan kaki, karena jika menggunakan ojek mereka harus mengeluarkan biaya sebesar Rp. 3.000,- hingga Rp. 5.000,- untuk satu kali perjalanan dan jika menggunakan angkutan umum biayanya Rp. 2.000,-.

Cara lain yang dilakukan oleh perempuan Sumba Barat untuk mempertahankan hidup adalah dengan menyimpan hampir semua hasil kebun yang dapat dijual seperti pisang dan ubi-ubian. Hal ini dilakukan karena pada musim kemarau harga beras akan sangat mahal. Tanaman yang dapat hidup pun terkadang hanya umbi hutan berwarna hitam sebesar ibu jari tangan orang dewasa. Oleh karena tidak sanggup membeli beras, para perempuan akan mengolah ubi hasil panen yang mereka simpan itu dengan cara memotong tipis dan memanjang, ubi tersebut yang nantinya akan dijemur dan disimpan sebagai persediaan makanan di musim “lapar”. Istilah ini digunakan oleh masyarakat saat kemarau

---

<sup>5</sup> Wawancara pedagang sayur di Kota Waikabubak, Ina Sode, 20 Desember 2007

tiba, dimana tanah akan menjadi sangat kering tanpa air, seperti yang diungkapkan oleh Leda Ina Bajo berikut ini:<sup>6</sup>

“Dapat makan apa saja terima kasih, jika tunggu padi sangat sulit, karena setiap tahun hasil panen kami sangat sedikit, makan ubi juga dapat kenyang ibu..... kalau ada nasi dengan cabe biasa kami kasih makan anak kami, karena itu saja yang ada di ladang kami ibu.”

#### 1.4. Perempuan dalam Tradisi *Kanyala* dan Poligami

Dalam masyarakat Sumba Barat terdapat istilah yang dikenal dengan nama *Kanyala* yaitu bentuk pembayaran (denda) dari pihak laki-laki kepada pihak perempuan yang telah dihamilinya apabila laki-laki tersebut tidak ingin menikahi perempuan yang dihamilinya itu. Tradisi ini memungkinkan pihak laki-laki untuk memberi ganti rugi kepada perempuan dan keluarganya berupa hewan ternak atau sejumlah uang yang telah disepakati kedua belah pihak dengan melihat kesanggupan dari pihak laki-laki. Pembayaran tersebut hanya diberikan satu kali kepada pihak perempuan saat kesepakatan berlangsung. Selanjutnya, pihak perempuan tidak dapat lagi meminta pertanggungjawaban laki-laki terhadap anak yang nanti dilahirkan. Begitu pembayaran denda *Kanyala* dilakukan, secara langsung perempuan menjadi pihak yang bertanggung jawab terhadap anak tersebut, sejak melahirkan hingga besarnya anak itu nanti.

Biasanya laki-laki tidak ingin menikahi perempuan yang telah dihamilinya, bisa karena laki-laki tersebut telah menikah dan merasa tidak sanggup memiliki dua istri. Oleh sebab itu, laki-laki bisa mendapatkan pilihan dengan membayar denda *Kanyala*. Faktor lainnya, jika pihak laki-laki masih berstatus pelajar, maka keluarganya akan memilih membayar denda *Kanyala* kepada perempuan yang dihamili oleh anaknya. Bisa juga sebaliknya, keluarga besar dari perempuan yang dihamili tidak setuju dengan laki-laki tersebut, sehingga yang diminta hanya denda tersebut.

Dalam hal ini kaum perempuan menjadi korban dalam kesepakatan tersebut karena harus bertanggungjawab pada dirinya sendiri dan juga pada anak yang dikandungnya. Pembayaran denda *Kanyala* tidak berarti menyelesaikan permasalahan keuangan perempuan dan anaknya, karena seringkali pembayaran denda *Kanyala* jumlahnya sangat kecil.

Munculnya pembayaran denda *Kanyala* juga berhubungan dengan tidak dikenalnya kata “cerai”, karena setelah melangsungkan pernikahan, mereka tidak boleh bercerai hingga akhir hayat. Pembayaran *belis* yang mahal dari pihak laki-laki kepada pihak perempuan memberikan konsekuensi pengembalian *belis* kepada pihak laki-laki jika terjadi perceraian. Karena *belis* juga berarti “pembelian” yang dilakukan pihak laki-laki kepada pihak perempuan.

---

<sup>6</sup> Wawancara dengan Leda Ina Bajo, Kecamatan Kota Waikabubak, 8 Desember 2007



Apabila terjadi perceraian maka perempuan diposisikan pada pihak yang dianggap tidak mampu dan disalahkan. Ironisnya, jika terjadi kasus kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) hal ini dianggap sebagai kejadian yang biasa saja oleh masyarakat. Bahkan, ada prosesi adat untuk menyelesaikan masalah rumah tangga anak mereka dengan mempertemukan mamak (ibu) perempuan, dalam bahasa Sumba pesan yang biasa disampaikan adalah “*dipengapan oleh suami atau bapak mantumu dipukul sekalipun jangan pulang, malu*”. Pesan tersebut berarti seburuk apa pun perlakuan suami atau mertua sang istri, dia harus menerimanya. Masalah tersebut jangan sampai membuat perempuan pulang ke rumah orangtuanya (cerai), karena orangtua akan malu dengan perceraian anak perempuannya.

Posisi perempuan dalam kaitannya dengan laki-laki di dalam rumah tangga sangatlah timpang. Misalnya, jika terjadi kekerasan dalam rumah tangga, perempuan harus menghadapi sendiri tanpa ada bantuan dari keluarga. Karena pernikahan membuat istri masuk ke dalam suku atau kelompok suami dan menjadi bagian dari pihak keluarga laki-laki. Perempuan harus tunduk pada aturan suku suami dan aturan yang dibuat oleh suami dan keluarganya. Dominasi keluarga laki-laki dalam hal ini telah mengkondisikan ketidakmengetahuan perempuan menghadapi persoalan perceraian. Akibatnya, kasus tindak kekerasan yang dilakukan oleh laki-laki di dalam rumah tangga dianggap sebagai hal yang lazim.

Dari hasil Focus Group Discussion (FGD)<sup>7</sup> yang diselenggarakan oleh Women Research Institute (WRI), para aktivis perempuan dan tokoh perempuan Sumba Barat menuturkan bahwa sesungguhnya ada celah untuk kaum perempuan melakukan gugat cerai yaitu dengan cara kembali datang ke suku ibunya dan mengatakan maksud tujuannya. Kemudian mengajukan masalah mereka ke pengadilan dengan sebelumnya mengembalikan *belis* yang telah diberikan suaminya dahulu dengan duduk di tikar adat dan menyelesaikan masalah tersebut dengan kedua belah pihak. sayangnya, sangat banyak perempuan Sumba yang tidak mampu mengembalikan *belis* yang telah diberikan suaminya, dan satu-satunya jalan, menerima apa pun kehendak suaminya termasuk menerima tindak kekerasan yang dilakukan oleh suami dan keluarganya. Tidak dinafikan bahwa banyak juga pernikahan yang berlangsung bahagia dan berhasil hingga akhir hayat di Sumba Barat.

Fakta lain memperlihatkan bahwa ketidakmampuan kaum perempuan mengembalikan *belis* semakin menguatkan anggapan betapa *belis* menjadi simbol keperkasaan kaum laki-laki dalam memiliki perempuan. Banyak kasus yang memperlihatkan bahwa semakin kaya dan mampu seorang laki-laki, maka pengakuan itu ditunjukkannya dengan melakukan poligami. Laki-laki yang mampu membayar *belis* kepada perempuan lain yang ingin dijadikan istri kedua, dapat melakukan poligami dan hal ini diperbolehkan oleh adat. Sedangkan bagi yang tidak ingin menikah, dendanya hanya *Kanyala*.

Alasan lain yang dimaklumi oleh masyarakat untuk kaum laki-laki melakukan poligami apabila istri tidak mampu memberikan anak laki-laki. Anak laki-laki sangat diutamakan

---

<sup>7</sup> Fokus Group Discussion (FGD) hasil sementara penelitian WRI “*Akses dan Pemanfaatan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Reproduksi Bagi Perempuan Miskin di Sumba Barat*”, 6 Juni 2008



oleh sebagian besar masyarakat Sumba Barat, karena mereka adalah “*Paman*” sebagai pelindung harta keluarga, penjaga aset keluarga. Apabila ada konflik tanah maka anak laki-laki diharapkan sebagai pembela yang terdepan. Untuk harta warisan, anak laki-laki akan mendapatkan seluruh harta keluarga, karena anak perempuan dianggap telah menjadi bagian dari suku suaminya dan tidak berhak lagi mendapatkan harta warisan dari suku orang tuanya. Jika satu keluarga tidak memiliki anak laki-laki, maka harta warisan akan turun kepada paman dari pihak bapak dan anak perempuan tidak boleh menuntut apa pun dari keputusan adat tersebut.

Posisi perempuan dalam konteks sosial budaya dan kemiskinan yang telah dijelaskan di atas, dalam banyak hal ikut mempengaruhi cara berpikir dan bertindak kaum perempuan, salah satunya yang berkaitan dengan persoalan kesehatan reproduksi perempuan.

### 1.5. Tradisi Penanganan Kesehatan Reproduksi

Dalam tradisi masyarakat tradisional Sumba Barat, ada upacara adat yang digunakan saat perempuan mengalami komplikasi persalinan<sup>8</sup>. Pemuka adat akan memanggil dukun dan secara bersama-sama melakukan upacara pemotongan hewan berupa ayam, kerbau atau babi. Pada upacara tersebut, hal yang pertama kali dilihat adalah hati hewan yang dipotong. Apabila hati hewan tersebut berwarna merah cerah atau dalam keadaan baik, maka mereka percaya perempuan tersebut akan selamat dalam proses persalinannya. Sebaliknya jika hati hewan berwarna hitam atau hati hewan dalam keadaan tidak baik, mereka percaya bahwa perempuan tersebut membutuhkan pertolongan. Atas dasar hasil upacara itu, barulah penduduk akan mengupayakan bidan untuk membantu perempuan tersebut dalam proses persalinannya. Namun, seringkali upaya itu sudah sangat terlambat akibat pendarahan yang cukup lama dialami oleh perempuan itu.

Selain tradisi tersebut, dukun masih memiliki kedudukan yang cukup terhormat dalam masyarakat Sumba Barat. Dukun dianggap sebagai orang yang memiliki kemampuan untuk membantu menangani permasalahan kesehatan perempuan. Hampir pada setiap perkampungan suku di Sumba Barat, dukun bertempat tinggal dan menjadi bagian dari kehidupan suku tersebut. Para perempuan menjadi mudah mengakses dukun, apabila mereka mengalami masalah kesehatan reproduksi. Sebagaimana pengakuan beberapa dukun di Sumba Barat, untuk mempermudah proses kelahiran perempuan, mereka memberikan segelas minuman yang berasal dari akar-akar pohon yang mereka ramu. Khasiatnya, untuk mengurangi rasa sakit yang dialami oleh perempuan. Minuman tradisional yang sama juga diberikan kepada perempuan pada saat pasca melahirkan, apabila mereka merasakan sakit.

---

<sup>8</sup> Hasil diskusi dengan seorang bidan di Desa Gaura Kecamatan Lamboya Sumba Barat, Leni Marlina Puling, 18 Desember 2009

Tingginya ketergantungan perempuan miskin pada dukun di Sumba antara lain dipengaruhi oleh tradisi adat yang masih mengikat masyarakat Sumba Barat dalam menjalani nilai-nilai yang berlaku dalam suku mereka. Masyarakat tidak bisa begitu saja melanggar ketentuan adat yang berlaku. Praktik tradisi penanganan permasalahan kesehatan reproduksi misalnya, masih terlihat di Desa Gaura dan beberapa desa sekitarnya.

Pengobatan tradisional masih menjadi alternatif yang paling banyak dipilih oleh perempuan Sumba Barat, baik dalam pengobatan umum maupun dalam pengobatan kesehatan reproduksi perempuan. Berdasarkan hasil penelitian kuantitatif WRI, sekitar 41,7% perempuan lebih memilih dukun dalam pembantu persalinan mereka. Pada kondisi komplikasi persalinan pun perempuan tetap memilih dukun, bahkan tidak mengobati sama sekali penyakit mereka. Sebagaimana yang terlihat pada hasil penelitian WRI, sebanyak 80,8% perempuan memilih kondisi tersebut dibandingkan harus datang mengobati permasalahan mereka ke fasilitas atau tenaga kesehatan yang tersedia di daerah mereka.

### **Farida**

#### **Desa Ketare, Lombok Tengah**

Farida dilahirkan 40 tahun yang lalu di sebuah dusun bernama Embung Rungkas yang terletak di Desa Ketare, Kecamatan Pujut, Kabupaten Lombok Tengah. Ia berasal dari keluarga yang sangat miskin dengan pekerjaan sehari-hari sebagai buruh tani lepas. Dengan pekerjaan sebagai buruh tani, tidak setiap hari Farida dan suaminya mendapat pekerjaan. Karena sebagian besar tanah di Lombok Tengah bagian selatan adalah tanah kering dengan masa panen padi hanya satu kali setahun, sisa air tanah digunakan untuk menanam jagung, kacang atau semangka. Selebihnya tanah tidak bisa ditanami apapun. Dan itu berarti tenaga Farida atau suaminya banyak terpakai hanya di musim tanam dan musim panen.

Saat di wawancara Farida telah memiliki enam orang anak, anak terakhirnya masih disusunya meski sudah berusia sembilan bulan. Farida mengaku pernah mengandung sebanyak delapan kali, dimana satu anaknya meninggal di usia 50 hari dan satu lagi meninggal di dalam kandungan. Dari delapan kehamilannya tersebut, tujuh kehamilan diperiksakan sekaligus ditolong saat persalinan oleh dukun di dusunnya. Hanya satu anaknya yang pernah dilahirkan di Puskesmas. Walau biaya persalinan di Puskesmas gratis, tetapi biaya lainnya seperti biaya transportasi dan biaya makan jauh lebih besar dibanding melahirkan di dukun. Dan sejak saat itu Farida tidak ingin lagi melahirkan di Puskesmas.

Saat mengandung anak keempatnya, Farida mengalami keguguran. Satu minggu lamanya pendarahan begitu deras keluar dari jalan lahirnya, ditambah lagi selama dua hari Farida tidak mampu berjalan karena vagina bagian atasnya terasa sangat

sakit. Penderitaan yang dialaminya tidak membuatnya terbebaskan dari beban tugas rumah tangga, masih dalam keadaan sakit dan pendarahan, Farida harus tetap mencuci sendiri kain kotor bekas darahnya dan sekaligus memasak untuk suami dan anak-anaknya.

Pada saat persalinan anak terakhirnya, Farida mengalami mules yang sangat kuat sehari semalam, perutnya terasa sangat sakit. Sakit itu yang selalu membuatnya berpikir untuk tidak akan pernah memiliki anak lagi. Namun, setiap kali niat itu ingin dilaksanakan, Farida tidak mampu membayar biaya suntikan KB sebesar Rp. 15.000,-. Baginya, uang tersebut lebih baik digunakan untuk makan keluarganya.

Saat dukun dipanggil untuk membantu persalinannya, dukun menyuruhnya duduk untuk melakukan proses persalinan. Dukun mengatakan jika dalam posisi duduk, biasanya kelahiran akan lebih cepat terjadi dibandingkan posisi tidur. Setelah berkali-kali merasakan kontraksi, bayi yang dikandungnya pun lahir yang diambil oleh tangan dukun tanpa menggunakan sarung tangan.

Pasca kelahiran anaknya, Farida mengalami pendarahan yang sangat banyak, lebih dari tiga kain sehari selama tujuh hari. Selain itu, ia merasakan vaginanya sangat sakit hingga kram dan tidak bisa berjalan sampai tiga hari lamanya. Badannya mengalami demam yang sangat tinggi hingga dua hari, dan beberapa masalah lain seperti payudara terasa bengkak dan bau yang tidak sedap keluar dari jalan lahirnya.

Tidak ada bidan di Desa Ketare. Satu-satunya fasilitas kesehatan yang bisa dijangkau adalah Puskesmas Sengkol yang berjarak sekitar 7 km dari rumahnya. Jarak tempuh dari rumah Farida menuju jalan raya desanya sekitar 3 km. Ia harus berjalan kaki atau menggunakan ojek dengan membayar Rp. 5.000,- untuk bisa sampai ke jalan raya dan dilanjutkan naik angkutan umum menuju Puskesmas dengan biaya Rp. 2500,-. Artinya, Farida harus mengeluarkan biaya transportasi sebesar Rp. 15.000 pulang dan pergi untuk bisa mengakses Puskesmas. Biaya itu jauh lebih besar dari upahnya bekerja satu hari sebagai buruh tani, sebesar Rp. 10.000,-, sedangkan upah suaminya sama dengan biaya transportasi tersebut. Sehingga tidak mungkin baginya untuk sekedar memeriksakan kesehatannya, sedangkan keluarganya tidak makan di hari itu.

Akhirnya Farida lebih memilih cara-cara yang dianjurkan dukun. Saat bayinya lahir, dukun kemudian memotong tali pusat bayi dengan menggunakan kulit bambu yang berasal dari kerangka rumah Farida, istilah ini dalam bahasa Sasak di sebut dengan “*adas-adas*”. Selanjutnya, dukun akan memasukkan satu buah lada (*sebia tandan*) ke dalam pusat bayi agar lebih cepat sembuh. Jika tali pusat bayinya infeksi, dukun biasa mengajarkannya untuk menaruh bubuk dari tungku di dapur ke dalam tali pusat bayinya. Menurut dukun, bubuk itu akan membuat tali pusat bayinya lebih cepat sembuh dan kering.

Pengobatan yang dilakukan oleh dukun terhadap Farida setelah melahirkan adalah: *Pertama* untuk *mengecilkan* atau *mengesatkan vagina*, Farida dianjurkan mem bakar satu buah batu, saat batu sudah cukup panas kemudian dibungkus dengan kain popok bayinya. Setelah itu bungkusan batu panas tersebut digunakan sebagai alat kompres seluruh badannya, hal yang sama juga dilakukan untuk mengkompres vaginanya yang terasa sakit. Kebiasaan ini biasa dilakukan setiap pagi dan malam hingga vaginanya terasa sembuh. *Kedua*, “*untuk menyembuhkan vagina*” Farida akan mandi dengan air yang berisi rempah-rempah, usai mandi kemudian Farida akan duduk di sebuah batu panas yang dijemur diterik matahari (sekitar pukul 11.00-12.00), saat duduk vagina Farida haruslah menyentuh batu panas tersebut, panas yang dihantarkan batu tersebut ke vagina Farida, akan mempercepat kesembuhan akibat melahirkan. *Ketiga*, “*memulihkan kondisi tubuh*” untuk memulihkan badannya yang terasa sakit, dukun akan membuatkan Farida jamu yang komposisinya terdiri dari (*gula merah* dan *lada*), jamu tersebut dapat diminum hingga badan terasa sembuh, tidak ditentukan sampai kapan jamu tersebut dihentikan. Tetapi jamu ini memiliki efek buruk, dimana bisa membuat mencoret jika tubuh tidak cocok. *Keempat*, “*menghilangkan bau dari jalan lahir*”. Farida akan memasak air dalam satu buah baskon yang berukuran sedang di atas tungku, saat air telah mendidih dan mengeluarkan uap, baskon kemudian diletakan di bawah vaginanya, walau terasa sakit dan perih, uap air tersebut sangat bermanfaat menghilangkan bau dari jalan lahirnya. Kebiasaan ini biasa dilakukan Farida beberapa kali hingga bau terasa hilang. Terkadang hanya satu kali penguapan saja bau tersebut bisa hilang. Ia mengakui cara ini sangat efektif baginya.

Selain praktik-praktik tadi, Farida pun sering mendengar beberapa larangan yang tidak boleh ia lakukan (*mitos*) setelah melahirkan yang berasal dari dukun, tetangganya bahkan ibunya sendiri sering mengajarkan larangan-larangan itu. Beberapa larangan yang Farida tahu antara lain, *pertama*, *setelah melahirkan perempuan dilarang makan daun-daunan yang menjalar seperti ubi jalar, kangkung, kacang-kacangan, buah-buahan yang mengandung air, pisang, kedua*, *Perempuan setelah melahirkan tidak boleh makan ayam*. Mitos ini diartikan, jika ibu memakan ayam, maka efeknya akan mengenai bayi, dimana nantinya badan sang bayi akan menjadi panas atau sehangat badan ayam. Jadi dianjurkan tidak makan ayam saat bayi berusia satu – enam bulan.

Ketiga, Perempuan setelah melahirkan dianjurkan makan tidak menggunakan piring, tetapi menggunakan bakul kecil dan hal ini dilakukan selama satu bulan.

Keempat, Tali pusat bayi harus dibungkus dan digantung dibambu atau jemuran pakaian. Mitos ini diartikan, simbol tali pusat bayi yang digantung diharapkan anak mereka akan menjadi anak yang pantas menggunakan pakaian (enak dipandang) dalam bahasa Sasak lebih dikenal dengan istilah “*awak penyampek*”.

## 2. Kemiskinan dan Ketimpangan Relasi Gender di Lombok Tengah

### 2.1. Perempuan Sasak dalam Perkawinan

Di kalangan suku Sasak dikenal tradisi “*merariq*”, dimana seorang laki-laki akan membawa lari seorang perempuan pilihannya, baik perempuan itu menerima ataupun menolak laki-laki tersebut sebagai pilihan pasangan hidupnya. Perempuan yang telah dilarikan kemudian dititipkan pada salah satu rumah keluarga laki-laki yang membawanya lari, yang dilanjutkan dengan proses pemberitahuan kepada pihak keluarga perempuan bahwa sudah ada laki-laki yang akan melamar secara sah ke keluarga perempuan tersebut. Meski tidak secara terang-terangan, sebenarnya, sudah banyak perempuan yang mengungkapkan bahwa mereka tidak setuju dengan kondisi itu. Beberapa perempuan dari kalangan bangsawan misalnya mengatakan bahwa:

“Jika laki-laki yang membawanya lari bukan pilihannya, tetapi berasal dari unsur keluarganya dan berstatus bangsawan yang sama dengannya, maka perempuan tersebut tidak berani menolak kehendak keluarga dan adat. Pemberontakan tidak memberi solusi apapun kecuali harus tetap menikah dengan laki-laki tersebut.”<sup>9</sup>

Bagi kaum perempuan Lombok Tengah, budaya *merariq* adalah bagian dari proses menuju pernikahannya. Namun, permasalahan lain akan muncul bagi perempuan jika pernikahan terjadi (setelah proses *merariq*) antara perempuan yang status sosialnya lebih tinggi dari laki-laki yang akan menikahinya. Konsekuensinya, perempuan tersebut akan dibuang dari keluarga dan orangtuanya tidak akan menjadi wali pada pernikahannya. Ironisnya, keadaan ini (dibuang dari keluarga) tidak dialami oleh kaum laki-laki, karena laki-laki bangsawan bisa tetap menikah dengan perempuan dari status sosial mana pun.

Hal ini memunculkan pola relasi gender yang timpang dalam perkawinan dan berdampak pada kurang beraninya kaum perempuan untuk membuat keputusan apa yang tepat bagi mereka. Jika situasi ini dihubungkan dengan situasi kesehatan perempuan, terlihat bahwa laki-laki kurang peduli dengan kondisi kesehatan baik umum maupun kesehatan reproduksi perempuan. Di kalangan masyarakat miskin, keputusan untuk memiliki jumlah anak, melakukan hubungan intim, lebih sering ditentukan oleh pihak suami. Kondisi ini sejalan dengan hasil survei WRI, pada keputusan jumlah anak dimana hanya 2,3% perempuan berani mengambil keputusan sendiri terhadap jumlah anak dalam keluarga, dan 16,7% laki-laki masih menjadi pengambil keputusan utama penggunaan pengeluaran kesehatan dalam keluarga ditentukan oleh suami. Hampir 57,7% perempuan tidak akan pergi memeriksakan kesehatan mereka saat tidak mendapat ijin dari suami mereka.

---

<sup>9</sup> Diskusi dengan perempuan bangsawan Desa Batujai Lombok Tengah.

## 2.2. Relasi Poligami bagi Perempuan Keluarga Miskin

Kecenderungan laki-laki untuk berpoligami cukup banyak terjadi di Lombok Tengah. Hal ini terjadi akibat pemaknaan sebagian masyarakat atas interpretasi terhadap ijin menikahi empat perempuan dalam agama Islam. Akibat dari tindakan poligami tampak bahwa kerap kali laki-laki tidak mampu memberi kehidupan secara layak bagi keluarganya.

Banyak kaum perempuan miskin di Lombok Tengah yang harus bertahan hidup sendiri dan mencari nafkah untuk menghidupi anak-anaknya setelah suaminya menikah lagi dengan perempuan lain. Selain itu juga banyak muncul kasus KDRT, setelah seorang laki-laki menikah lagi dengan perempuan lain. Kekerasan umum dilakukan untuk menghindari pertanyaan dan keluhan dari istri pertamanya, atau sebagai tindakan agar sang istri tidak mempertanyakan keputusan yang telah diambil oleh suaminya.

Penerimaan atas poligami ini diperkuat oleh contoh yang masyarakat dapatkan dari para Tuan Guru dan kalangan bangsawan Lombok Tengah. Namun dari banyak wawancara<sup>10</sup> dengan kaum perempuan di Lombok Tengah terungkap bahwa sesungguhnya mereka tidak ingin berada dalam kondisi itu. Sayangnya, tidak ada ruang bagi mereka untuk melawan kehendak suami, karena pilihannya adalah menerima suami mereka berpoligami atau bercerai dan kemudian mencari nafkah sendiri untuk menghidupi diri mereka dan anak-anak.

## 2.3. Beban Ganda Perempuan

Sebagian besar kaum perempuan yang tinggal di pedesaan Lombok Tengah menanggung beban ganda. Selain mengurus rumah tangga (suami dan anak-anak) juga harus membantu mencari nafkah untuk keluarga, karena hasil yang didapatkan dari suami tidak akan cukup untuk hidup satu bulan.

Di kala musim tanam dan musim panen, kaum perempuan harus membantu suami menjadi buruh tani. Bila bekerja bersama upah yang akan mereka terima jauh lebih besar, walaupun dalam sistem pengupahan, perempuan berbeda dengan laki-laki. Perempuan akan diupah Rp. 10.000,- hingga Rp. 15.000,- per hari, sedangkan laki-laki diupah Rp. 15.000,- hingga Rp. 25.000,- per hari<sup>11</sup> untuk setengah hari kerja, dan jika dibayarkan dengan padi maka hasilnya dihitung berdasarkan jumlah padi yang bisa mereka hasilkan setiap harinya.

Seperti pengakuan Mariam<sup>12</sup> dari Desa Ketare, hanya pada masa kehamilan saja ia

---

<sup>10</sup> Wawancara dengan Sarni dari Kelurahan Gerunung Kecamatan Praya Lombok Tengah “...*mau pisah dari suami, malu jadi bebalu (janda), biar saja suami kawin lagi, asalkan anak-anak tetap ada bapaknya, malu sama keluarga*“, 12 Agustus 2007.

<sup>11</sup> Hasil Observasi dan diskusi dengan petani-petani di Desa Ketare dan Desa Sengkol Kabupaten Lombok Tengah.

<sup>12</sup> Wawancara Marian dari Dusun Embung Rungkas, Desa Ketare, 19 April 2007.



tidak bekerja. Setelah melahirkan Mariam harus membantu suaminya bekerja apa saja untuk bisa menghidupi keluarganya. Apalagi jumlah anaknya sangat banyak sehingga bebannya pun semakin besar. Begitu juga dengan perempuan-perempuan di Kecamatan Pujut, yang setelah musim panen berakhir akan menjadi penggembala sapi atau kerbau. Ternak itu bukan milik mereka sendiri melainkan titipan orang lain yang mereka pelihara dengan imbalan berupa pembagian anak kerbau atau sapi yang mereka pelihara itu. Kerja ini mereka lakukan secara bergantian dengan suami mereka. Jika suami telah menjaga dan mencari makan untuk ternak tersebut di pagi hari, maka perempuan akan menjaga sekaligus mencari makanan ternak tersebut di sore hari.

#### 2.4. Mitos dan Praktek Pengobatan Tradisional Kesehatan Reproduksi Perempuan Miskin

Praktek pengobatan tradisional kesehatan reproduksi perempuan, masih menjadi pilihan pengobatan terutama bagi perempuan miskin di Kabupaten Lombok Tengah. Hasil penelitian kuantitatif WRI pun menunjukkan, sebanyak 18,7% perempuan masih meminta pertolongan dukun dalam proses persalinan mereka.

Kecenderungan ini lebih banyak dilakukan oleh perempuan miskin dengan latar pendidikan rendah, khususnya yang hidup di desa-desa terpencil. Namun, hasil studi kasus di Kelurahan Praya menunjukkan perempuan yang tinggal di daerah perkotaan pun masih memiliki tingkat kepercayaan yang tinggi terhadap dukun, seperti penuturan Marnah<sup>13</sup>

“...saya merasa sama saja melahirkan di dukun dan bidan, walupun pernah ada kejadian keluarga saya melahirkan di dukun kemudian meninggal, saat itu saya takut kepada dukun. Namun, setelah saya mengetahui keluarga saya memang sakit sebelum meninggal saya tidak takut lagi“

Kuatnya pengaruh dukun di masyarakat disebabkan oleh beberapa hal, *pertama*, internalisasi pengaruh melalui keluarga, dukun yang memiliki banyak anak dipercayai mampu memberi pengobatan kesehatan reproduksi, terutama saat kehamilan dan persalinan. *Kedua*, pengaruh mitos-mitos tentang larangan kepada perempuan saat melakukan pengobatan. Dukun menjadi salah satu sumber yang mengeluarkan mitos tersebut. Namun, dukun cenderung lebih berani mengatakan larangan tersebut kepada pasien yang masih memiliki hubungan kekerabatan. Seperti pengakuan dukun Praya, yang mengatakan bahwa jamu-jamu tradisional yang dibuat untuk melahirkan, lebih sering diberikan kepada keluarganya. Dukun tidak memaksa bahkan takut memberikan obat tersebut karena tidak bertanggung jawab apabila ada efek samping dari apa yang diberikannya. *Ketiga*, faktor ter-

<sup>13</sup> Studi kasus Marnah Desa Praya, 19 Agustus 2007



akhir ini lebih karena kemiskinan dan tidak mampu membayar biaya pengobatan di fasilitas kesehatan. Kondisi ini kemudian memunculkan rasa kecil hati pada perempuan miskin, seperti di Desa Ketare Kecamatan Pujut. Mereka mengaku malu melahirkan di Puskesmas karena tidak memiliki pakaian bayi, popok dan peralatan bayi yang layak. Alasan ini menjadi masalah tersendiri terhadap kesadaran perempuan untuk melahirkan di fasilitas kesehatan atau dengan tenaga kesehatan yang ada.

### **Mitos-Mitos Seputar Menstruasi**

Secara tradisi, perlakukan khusus yang ditujukan pada perempuan suku Sasak yang mulai akil balik, ditandai dengan datangnya menstruasi. Dalam interpretasi ajaran agama Islam, datangnya menstruasi adalah ciri kedewasaan yang menandakan perempuan telah mampu menjalankan perintah agama. Salah satu stereotipe (pelabelan negatif) yang dilekatkan saat perempuan mendapatkan menstruasi adalah, perempuan dalam keadaan kotor atau tidak suci. Menurut agama Islam, perempuan yang tidak suci tidak diperbolehkan menjalankan semua ritual agama, termasuk memasuki tempat-tempat suci agama Islam. Di pihak lain interpretasi budaya pun ikut memperkuat pelabelan ini, dan menjadi landasan masyarakat untuk membuat banyak praktek larangan bagi perempuan yang mengalami menstruasi, seperti perempuan dalam keadaan menstruasi tidak boleh mendatangi atau memasuki kuburan, dan tidak boleh berjalan di antara tanaman yang sedang berkembang.

Perempuan Sasak yang menjadi responden penelitian mengakui terkadang mereka tidak ambil pusing dengan mitos itu, karena tidak ada juga perlakuan sangat istimewa kepada mereka dalam menghadapi masa penting tersebut. Para orang tua pun mengakui terkadang tidak mengetahui kapan pertama kali anak gadis mereka mendapatkan menstruasi. Komunikasi yang kurang antara orang tua dan anak mengenai pertumbuhan dan kesehatan reproduksi membuat menstruasi menjadi kondisi yang tidak istimewa bagi perempuan-perempuan suku Sasak. Hanya saja di pedesaan menstruasi ini menandakan perempuan sudah boleh untuk menikah. Dan kasus menikah di usia sangat muda masih terjadi di kalangan suku Sasak.

### **Mitos dan Praktek Pengobatan Saat Kehamilan, Persalinan dan Pasca Persalinan**

Beberapa mitos dan kebiasaan-kebiasaan pada masa hamil yang masih dipercaya dan dipraktikkan adalah:

#### ***a. Selama masa kehamilan, perempuan dilarang melilitkan kain jenis apapun***

Mitos lilitan kain dianggap akan menyebabkan bayi dalam kandungan juga akan terlilit tali pusatnya.

#### ***b. Perempuan selama kehamilan tidak boleh makan ikan gabus, ikan pari, kejang***

Mitos ini diartikan jika memakan makanan yang dilarang tersebut, kandungan perempuan akan naik. Cukup banyak perempuan yang mempercayai mitos ini. Menurut mereka, setelah memakan ikan gabus tiba-tiba kandungan mereka berubah posisi dan naik ke atas tanpa tahu penyebabnya.

***c. Selama hamil, perempuan dilarang menjahit dengan menggunakan tangan***

Menjahit diasumsikan juga sebagai menjahit jalan lahir perempuan, sehingga saat akan melahirkan ibu akan mengalami kesusahan ketika kontraksi, seakan-akan jalan lahir tertutup dengan sendirinya. Keadaan ini sering terjadi di persalinan yang dibantu oleh dukun. Jalan keluarnya mereka kemudian datang ke tenaga medis (bidan atau dokter).

***d. Perempuan selama hamil dilarang minum es***

Ibu hamil yang sering melakukannya semasa hamil tubuh bayinya akan sangat gemuk, sehingga sulit dilahirkan dan membuat susah ibu.

***e. Perempuan hamil dilarang memakan tape***

Tape yang terbuat dari beras ketan yang ditanak dan diberi ragi adalah salah satu makanan khas suku Sasak. Makanan ini tidak boleh dikonsumsi ibu yang sedang hamil, karena dipandang bisa menyebabkan keguguran.

***f. Perempuan hamil tidak boleh keluar saat maghrib***

Karena dipercaya mereka akan mengalami kesurupan, yakni dirasuki makhluk halus sebanga jin.

***g. Jika sedang memasak menggunakan tungku kayu, dianjurkan untuk memasukkan pangkal kayu terlebih dahulu ke dalam tungku***

Jika kayu yang dimasukkan terbalik, saat menjelang melahirkan dipercaya kandungan seseorang bisa menjadi sunsang.

***h. Jika seorang ibu hamil sedang masak, dianjurkan panci yang digunakan untuk memasak harus ditutup dulu sebelum dinaikkan ke atas tungku***

Jika dilanggar, saat melahirkan perempuan tersebut diyakini akan mengalami kesulitan karena ari-ari bayi akan sangat lama keluar.

***i. Perempuan hamil dilarang sering tidur***

Karena jika dilanggar dipercaya perempuan tersebut akan mengalami pendarahan.

***j. Perempuan hamil tidak boleh meminum air kelapa***

Karena dikhawatirkan air kelapa akan menyebabkan tubuh perempuan lebih cepat lelah dan bisa menyebabkan pingsan saat melahirkan.

Selain itu ada sejumlah larangan yang biasa diterapkan pada suami ibu yang sedang hamil, seperti tidak boleh memotong ayam, memaku rumah, atau memotong rambut. Beberapa mitos terkadang tidak diketahui akibat pasti dari larangannya. Kebanyakan ibu mempercayainya tanpa bertanya alasannya. Beberapa responden perempuan mengatakan lebih baik mempercayai dan sekaligus melaksanakan mitos-mitos tersebut daripada mendapatkan kesusahan saat kehamilan. Di samping larangan itu sendiri pun tidak menyulitkan mereka saat pelaksanaannya. Seperti ungkapan Inaq Muri<sup>14</sup>

<sup>14</sup> Sebagaimana dituturkan seorang responden dari Desa Ketare Kecamatan Pujut Kabupaten Lombok Tengah, 13 Agustus 2007 maknanya “lebih baik dikerjakan daripada mengalami kesusahan nantinya, banyak sudah kejadian ketika (mitos) itu tidak dilaksanakan”, Maret-April 2007

“...siaran *te gawek aden ndek susah lemakn*, loek kejadian mun ndek tegawek”

Selain mitos-mitos seputar persalinan, juga terdapat mitos-mitos seputar masa nifas bagi perempuan di Lombok Tengah sebagai berikut:

**a. Setelah melahirkan perempuan dilarang makan daun-daunan yang menjalar (ubi jalar, kangkung), kacang-kacangan, buah-buahan yang mengandung air, pisang, dll.**

Jika dilanggar akan mengakibatkan anak menangis terus-menerus pada malam hari, dan susah dikendalikan.

**b. Perempuan setelah melahirkan tidak boleh makan ayam**

Jika ibu memakan ayam, maka badan bayi akan menjadi panas atau sehangat badan ayam. Jadi dianjurkan tidak memakan ayam saat bayi berusia satu – enam bulan.

**c. Tali pusat bayi harus dibungkus dan digantung di bambu atau jemuran pakaian.**

Mitos ini adalah simbol pengharapan bahwa anak yang lahir kelak menjadi anak yang pantas menggunakan pakaian apa saja (enak dipandang), atau dalam bahasa Sasak lebih dikenal dengan istilah “*awak penyampek*”.

Praktik kebiasaan yang masih sering dilakukan oleh perempuan setelah melahirkan karena anjuran dukun, antara lain:

### **1. Untuk mengecilkan atau membuat kesat vagina**

Perempuan dianjurkan membakar satu buah batu. Setelah batu sudah cukup panas kemudian dibungkus dengan kain popok bayi sang ibu. Setelah itu, bungkus batu panas tersebut digunakan sebagai alat kompres seluruh badan ibu yang baru melahirkan. Hal yang sama juga dilakukan untuk mengompres vagina perempuan. Kebiasaan ini bisa dilakukan perempuan siang dan malam sampai kondisi vagina perempuan sembuh. Manfaat yang dipercaya dari kompres batu panas ini adalah mempercepat pemulihan kondisi tubuh.

### **2. Menyembuhkan vagina**

Kebiasaan lain yang dilakukan untuk menyembuhkan vagina dan tubuh perempuan adalah mandi dengan menggunakan air hangat yang dicampur rempah-rempah. Usai mandi perempuan masih dianjurkan untuk duduk kembali di atas batu panas yang ukurannya cukup besar dan bisa diduduki. Batu ini harus dijemur pada saat matahari sangat terik (sekitar pukul 11.00-12.00). Ibu yang baru melahirkan selanjutnya diminta duduk dengan membuka lebar kedua pahanya di atas batu tersebut sampai vaginanya menyentuh permukaan batu panas tadi. Dipercaya hal ini bisa mengurangi rasa sakit vagina dan mempercepat penyembuhannya.

### **3. Memulihkan kondisi tubuh**

Berbagai anjuran untuk mempercepat penyembuhan dan pemulihan kondisi perempuan setelah melahirkan adalah dengan menggunakan ramuan tradisional yang

terdiri dari gula merah dan lada. Ramuan tersebut dimasak dan diminum selama satu bulan oleh perempuan setelah melahirkan. Manfaat ramuan ini adalah memberi rasa hangat bagi tubuh perempuan dan mempercepat pemulihan badan. Tetapi sebagian perempuan mengaku tidak cocok dan diare karena meminumnya.

#### **4. Menghilangkan bau dari jalan lahir**

Kondisi ini banyak dikeluhkan oleh perempuan yang baru melahirkan di Lombok Tengah. Untuk mengatasinya yang biasa mereka lakukan adalah memanaskan satu buah baskom yang berisi air. Setelah air terasa panas dan mengeluarkan uap, baskom tersebut kemudian diletakkan di bawah vagina perempuan. Walau terasa panas pada bagian vagina, tetapi manfaatnya bisa menghilangkan bau dari jalan lahir. Kebiasaan ini bisa dilakukan beberapa kali hingga bau terasa hilang. Kebiasaan ini dibuktikan efektif oleh banyak perempuan di Lombok Tengah.

### **Praktek Tradisional untuk Perawatan Pasca Keguguran**

Beberapa praktik dan kebiasaan yang dilakukan perempuan saat mengalami keguguran:

- a. Saat perempuan mengalami keguguran, selama 4-5 hari perempuan tersebut akan mengalami pendarahan. Jika perempuan yang mengalami keguguran datang berobat ke dukun, maka dukun akan memberikan ramuan pengurang rasa sakit atau mempercepat kesembuhan pasien tersebut. Ramuan tersebut berupa jamu penawar yang terdiri dari tepung beras ditambah rempah-rempah yang digiling hingga halus. Ramuan kemudian diberikan kepada pasien untuk diminum setiap pagi selama pendarahan akibat keguguran tersebut terjadi. Ini dipercaya bisa mempercepat tuntasnya pendarahan sekaligus mengurangi rasa sakit.
- b. Cara lain yang digunakan pasien yang mengalami keguguran adalah datang ke dukun untuk meminta pemijatan di bagian-bagian tertentu sehingga rasa sakit akan lebih cepat berkurang. Selain itu pemijatan tersebut dipercayai dapat mempercepat penghentian pendarahan yang mereka alami.

### **Praktek Tradisional dalam ber KB**

Permintaan ramuan ataupun mantra kepada dukun untuk mengurangi jumlah anak cukup banyak dilakukan perempuan di Lombok Tengah. Dalam istilah Sasak, praktik ini disebut *selangkat*. Praktik ini dipandang cukup ampuh menurut beberapa perempuan yang pernah memintanya. Tetapi *selangkat* ini tidak bisa diberikan oleh sembarang dukun, karena hanya dukun-dukun tertentu yang bisa melakukannya.

Kepada pasien yang datang meminta *selangkat* dukun akan meminta pasien memakan tape yang telah dicampur air hangat dan mantra dari dukun. Jika berhasil biasanya pasien tidak akan mengalami kehamilan selama 5-6 tahun. Pasien biasanya datang untuk mendapatkan *selangkat* setelah masa nifas berakhir atau darah telah berhenti keluar dari jalan lahir.

Dewasa ini, permintaan *selangkat* sudah tidak banyak dilakukan oleh perempuan, karena telah digantikan dengan alat kontrasepsi seperti suntikan dan pil yang banyak tersedia di Puskesmas. Tetapi dalam wawancara dengan beberapa perempuan miskin terungkap mereka masih meminta *selangkat* pada dukun, walau pun tidak selalu berhasil. Seperti yang dilakukan Mariam<sup>15</sup>

*“...nabk kelalok ken dukun sak bau beng selangkat, maun berhasil, ndek ke betiang sampe telu tabun, araq masih sak ndek berhasil.”*

### 3. Kemiskinan dan Nilai Sosial Budaya Perempuan di Jembrana

Di daerah Jembrana terdapat beberapa nilai, pandangan, dan kondisi yang memberi konteks pada pemiskinan kaum perempuan. Nilai dan pandangan tersebut sudah sangat mengakar pada masyarakat dan dalam pelaksanaannya merugikan kaum perempuan. Masyarakat Jembrana mempunyai pandangan dan aturan, yang dalam beberapa hal, kurang berpihak pada kaum perempuan karena mereka tidak mendapatkan warisan. Posisi perempuan yang tidak mempunyai hak untuk mendapatkan warisan dan meneruskan pura keluarga, selanjutnya juga berdampak pada kehidupan perempuan dalam menuntut ilmu. Anak perempuan dianggap tidak membutuhkan ilmu dan pengetahuan yang tinggi. Hal ini selanjutnya membuat perempuan tidak perlu di sekolahkan ke tingkat yang tinggi karena adanya anggapan bahwa anak perempuan nantinya akan diambil oleh keluarga orang lain. Kondisi ini tampak sebagaimana yang dikisahkan oleh salah seorang responden di Jembrana.<sup>16</sup>

*“Anak perempuan dalam agama Hindu memang tidak mendapatkan warisan apapun dan tidak bisa melanjutkan pura keluarga. Anak perempuan dianggap hanya anak sementara saja. Dahulu anggapan tersebut kemudian menjadikan orangtua membiarkan saja anak perempuannya. Bahkan anak perempuan cenderung mendapatkan diskriminasi di dalam keluarga, antara lain, cenderung tidak disekolahkan, baru diperbolehkan makan setelah anak laki-laki makan, sehingga hanya mendapatkan sisa makanan. Bahkan, ada juga keluarga yang tidak membelikan baju untuk anak perempuannya, sementara anak laki-laki dibelikan. Tetapi sekarang sudah tidak separah dulu walaupun masih ada keluarga yang menerapkan diskriminasi tersebut. Sekarang malah banyak juga keluarga yang justru berpandangan bahwa jika anak perempuan nanti tidak mendapatkan warisan, maka harus disekolahkan agar bisa mandiri.”*

<sup>15</sup> Wawancara Marian dari Dusun Embung Rungkas, Desa Ketare, 19 April 2007. Maknanya *“saya sudah pernah ke dukun minta selangkat dan berhasil tidak hamil sekitar tiga tabun, tapi ada juga yang minta tidak berhasil,”* Maret-April 2007

<sup>16</sup> Sebagaimana penuturan dari seorang responden dari Kelurahan Baler Bale Agung, Kecamatan Negara, Kabupaten Jembrana, Maret-April 2007

Penuturan di atas jelas sangat merugikan kaum perempuan. Tidak hanya itu, pandangan tersebut juga telah memunculkan dampak pada pemiskinan perempuan. Jika perempuan tidak bersekolah, maka perempuan tentu saja akan menjadi bodoh dan tidak berpendidikan. Ketika perempuan tidak mempunyai pendidikan dan pengetahuan yang tinggi, maka perempuan akan susah untuk mengakses pekerjaan dan penghidupan yang layak. Dalam kondisi yang lain, perempuan bisa bekerja tetapi dengan bekal pendidikan yang rendah perempuan hanya akan mendapat upah yang sangat rendah.

Lebih dari itu, hak untuk meneruskan pura adalah milik anak laki-laki. Anak perempuan dianggap hanya sebagai anak titipan karena nantinya harus mengikuti suaminya. Hal ini sebagaimana penuturan salah seorang responden di Jembrana.<sup>17</sup>

“Di adat Hindu, anak perempuan tidak dihargai, karena anak perempuan nantinya tidak akan mendapatkan warisan sepeser pun. Warisan keluarga nantinya hanya akan dimiliki oleh anak laki-laki. Anak perempuan juga tidak mewarisi pura keluarga. Anak perempuan dalam adat Hindu itu ya anak titipan sementara yang nantinya akan diambil oleh keluarga suami. Jadi kalau ada keluarga Hindu yang hanya mempunyai anak perempuan, biasanya mereka membeli anak laki-laki dengan upacara adat agar pura keluarganya ada yang mewarisi. Anak laki-laki tersebut biasanya ada juga yang sebenarnya nantinya menjadi menantunya atau seperti kebanyakan anak laki-laki lainnya.”

Pandangan dan aturan ini selanjutnya memunculkan dampak yang merugikan bagi kehidupan perempuan berupa pemiskinan perempuan. Anak perempuan jelas tidak mendapatkan aset ekonomi keluarga sedikitpun. Anak perempuan diposisikan untuk tidak mempunyai hak sama sekali atas rumah, tanah, dan harta keluarga. Bahkan, pandangan atas anak perempuan yang nantinya harus mengikuti suami sebagai hak waris keluarga menjadikan kaum perempuan berada pada posisi yang mempunyai nilai tawar lebih rendah di dalam keluarga. Perempuan yang tidak membawa aset harta pada keluarga selanjutnya menyebabkan posisinya, antara lain, tidak berharga dan dapat diperlakukan dengan semena-mena, cenderung tidak mempunyai kedudukan yang sama dalam membina keluarga, cenderung tidak berhak menentukan keputusan keluarga.

Masyarakat Jembrana yang mayoritas beragama Hindu sangat memegang aturan bahwa perempuan tidak bisa menjadi pemimpin agama atau pendeta. Dalam praktiknya, aturan ini kemudian memunculkan kondisi dan posisi yang tidak menguntungkan kaum perempuan. Pandangan tersebut telah menjadikan perempuan tidak bisa menjadi pemimpin desa. Padahal keberadaan pemimpin desa di Kabupaten Jembrana kebanyakan dipegang oleh para tokoh adat. Para tokoh adat adalah merupakan tokoh agama yang akan menjadi panutan dalam pengambilan keputusan yang menyangkut agama, adat, dan desa.

<sup>17</sup> Berdasarkan hasil wawancara dengan salah seorang responden di Kelurahan Baler Bale Agung, Kecamatan Negara, Kabupaten Jembrana, Maret-April 2007



“Dalam adat Hindu, perempuan tidak bisa menjadi pendeta. Saya juga *nggak* tahu pasti kenapa. Ya mungkin juga karena perempuan sejak masa kanak-kanaknya saja sudah tidak dihargai untuk mendapatkan warisan atau melanjutkan pura keluarga. *Udah gitu* banyak juga anak perempuan yang akhirnya tidak sekolah. Mungkin karena *nggak* sekolah itu yang membuat perempuan jadi dianggap *nggak* bisa dan bodoh. Makanya, perempuan di Bali akhirnya *nggak* ada yang bisa jadi pemuka desa karena para pemuka desa di daerah sini itu rata-rata ya pemuka agama dan adat yang banyak ditanya-tanya soal-soal yang terkait dengan agama dan adat.”<sup>18</sup>

Tidak adanya kesempatan bagi perempuan untuk menjadi tokoh desa selanjutnya tentu saja sangat merugikan kaum perempuan. Bahkan hal ini juga merupakan salah bentuk pemiskinan perempuan. Pemiskinan terhadap kaum perempuan terjadi karena perempuan tidak mempunyai kekuatan untuk menguasai aset-aset desa. Kondisi tersebut menyebabkan perempuan tidak mempunyai akses dan kontrol terhadap penggunaan dan pemanfaatan terhadap aset-aset tersebut. Tidak hanya itu, pemiskinan terhadap perempuan dalam hal ini juga terjadi ketika perempuan tidak ikut serta dalam membuat kebijakan dan peraturan adat juga desa. Tidak masuknya perempuan sebagai bagian dari pembuat kebijakan sangat memungkinkan akan munculnya kebijakan yang merugikan kaum perempuan. Kebijakan atau keputusan adat dan desa memiliki kemungkinan yang sangat besar untuk memasukkan kepentingan dan kebutuhan perempuan baik yang bersifat praktis maupun strategis.

Hal yang sangat ironis dari nilai perempuan secara sosial dan budaya adalah anggapan bahwa perempuan Bali diposisikan secara marginal, namun dalam kenyataannya mempunyai beban kerja yang sangat tinggi. Perempuan Bali mempunyai tanggungjawab dan beban kerja terkait dengan semua urusan rumah tangga. Tugas dan beban kerja yang dimiliki kaum perempuan Bali adalah mengurus anak, suami, dan keluarga. Perempuan Bali mempunyai tanggungjawab penuh terhadap anaknya dimulai sejak berada dalam kandungan hingga lahir dan tumbuh berkembang menjadi dewasa. Hal yang penting dicatat adalah adanya nilai tentang kematian ibu ketika melahirkan sebagai kematian dalam keadaan suci.

Perempuan juga mempunyai beban kerja mendidik anaknya. Tidak hanya itu, perempuan Bali juga bertanggungjawab memenuhi kebutuhan suami, mengatur rumah mulai menyapu, mengepel, membersihkan, memasak, dan lain sebagainya. Dalam menjalankan beban tersebut, perempuan Bali bekerja dari pagi hingga malam. Panjangnya waktu kerja yang dimiliki oleh perempuan tidak berdampak pada peningkatan ekonomi perempuan sebagaimana laki-laki bekerja. Kondisi ini jelas merupakan salah satu bentuk pemiskinan perempuan.

---

<sup>18</sup> Berdasarkan hasil wawancara dengan salah seorang responden dari Kelurahan Baler Bale Agung, Kecamatan Negara, Kabupaten Jembrana, Maret 2007



Sementara itu di satu sisi, ada budaya yang juga menuntut perempuan Bali untuk bekerja dalam rangka memenuhi kebutuhan hidup keluarganya. Adanya interpretasi terhadap agama telah menjadikan para suami di Bali lebih memilih melakukan sabung ayam dibandingkan bekerja untuk memenuhi kebutuhan hidup keluarganya.

“Sabung ayam merupakan salah satu kebiasaan laki-laki Bali. Dalam pandangan kebanyakan orang, sabung ayam malah merupakan salah satu bentuk ajaran agama. Masyarakat yang punya pandangan itu keliru terhadap makna sabung ayam. Akibatnya, banyak laki-laki yang kemudian malah menyelewengkan kegiatan ini sehingga kemudian lebih memilih melakukan kegiatan ini daripada bekerja untuk memenuhi kebutuhan hidup keluarga. Makanya kemudian banyak juga perempuan Bali yang akhirnya bekerja untuk menghidupi keluarganya. Karena ya itu, laki-lakinya tidak bertanggungjawab.”<sup>19</sup>

Kondisi ini selanjutnya memaksa perempuan Bali untuk bekerja dengan melakukan apapun agar mendapatkan uang. Hal ini juga merupakan salah satu bentuk pemiskinan terhadap perempuan karena aset ekonomi yang ia dapat dari bekerja harus dimanfaatkan untuk kebutuhan seluruh keluarga. Sementara, selain bekerja ia juga masih terbebani oleh berbagai tugas rumah tangga.

### 3.1. Kesehatan Masyarakat, Agama, dan Kepercayaan

Di Kabupaten Jembrana terdapat beberapa nilai yang mempengaruhi perilaku masyarakatnya dalam mengatasi masalah kesehatan. Nilai-nilai tersebut dipengaruhi oleh beberapa hal yaitu interpretasi agama, budaya, dan mitos yang berkembang di masyarakat. Di Kabupaten Jembrana, terdapat tiga agama yang mempengaruhi perilaku masyarakat dalam mencari pengobatan yaitu agama Hindu, agama Islam, dan agama Kristen. Pengaruh nilai-nilai agama tersebut dalam kesehatan akan dijelaskan sebagai berikut:

#### *Agama Hindu*

Mayoritas masyarakat Jembrana memeluk agama Hindu. Hal ini menyebabkan banyaknya pengaruh interpretasi ajaran agama Hindu yang masuk dalam kehidupan masyarakat Jembrana, termasuk dalam mengatasi masalah kesehatan. Agama Hindu telah memunculkan interpretasi mengenai pola relasi gender yang tidak seimbang antara laki-laki dan perempuan. Perempuan dianggap memiliki derajat yang rendah dibandingkan dengan laki-laki.

Interpretasi tersebut selanjutnya memunculkan berbagai stereotip terhadap perempuan Hindu, yaitu perempuan dianggap tidak berguna, perempuan tidak dapat mewarisi

---

<sup>19</sup> Berdasarkan hasil wawancara dengan salah seorang responden dari Desa Melaya, Kecamatan Melaya, Kabupaten Jembrana, Maret-April 2007.

pura keluarga, dan anak perempuan tidak dapat melanjutkan garis keturunan keluarga. Stereotip tersebut selanjutnya memunculkan adanya pembagian peran yang tidak seimbang antara laki-laki dan perempuan. Kondisi tersebut bahkan selanjutnya memposisikan laki-laki lebih tinggi daripada perempuan dalam rumah tangga dan kepemimpinan di masyarakat. Perempuan tidak boleh menjadi ketua adat atau kepala banjar. Perempuan tidak mempunyai posisi yang sama dalam pengambilan keputusan di dalam keluarganya, termasuk keputusan dalam mengatasi masalah kesehatan. Dalam beberapa rumah tangga di Jembrana, suami yang memutuskan apakah masalah kesehatan yang dialami oleh keluarga tersebut harus diperiksa ke petugas kesehatan. Selain itu, suami juga menentukan di mana tempat pemeriksaan, siapa petugas kesehatan yang dipilih, bagaimana pergi ke tempat fasilitas dan pelayanan kesehatan, serta penggunaan uang untuk mengatasi masalah kesehatan. Kondisi ini selanjutnya membatasi perempuan dalam mengatasi masalah kesehatan yang dialaminya.

Akibat lain dari kondisi ini adalah perempuan tidak mempunyai kewenangan dalam memutuskan jumlah anak. Bahkan, stereotip tersebut di atas telah menjadikan adanya suatu pemikiran bahwa sebuah keluarga harus mempunyai anak laki-laki karena perempuan tidak bisa melanjutkan pura. Aturan tersebut sangat berpengaruh pada kesehatan perempuan yang belum mempunyai anak laki-laki. Perempuan yang demikian akan terus dipaksa untuk hamil sampai mempunyai anak laki-laki. Jika perempuan belum berhasil memberikan anak laki-laki, maka suami akan melakukan perselingkuhan atau berpoligami.

Stereotip ini juga telah menyebabkan anak perempuan tidak mendapatkan pendidikan sebagaimana anak laki-laki. Bahkan, keberadaan anak perempuan dianggap sebagai beban sehingga akhirnya lebih cepat dinikahkan. Di Kabupaten Jembrana masih terdapat tradisi menikahkan anak perempuan di usia muda. Kondisi ini tentu saja akan sangat berpengaruh pada kesehatan kaum perempuan. Banyak perempuan yang mengalami kehamilan di usia muda. Padahal, kehamilan di usia muda dapat berlanjut pada situasi kehamilan yang berisiko tinggi.

Selain beberapa hal di atas, kepercayaan masyarakat Hindu yang sangat kuat pada animisme dan dinamisme serta hal-hal gaib juga mempengaruhi perilaku masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatan. Sebagian masyarakat Hindu menganggap bahwa masalah kesehatan yang diderita terjadi karena hal-hal gaib. Hal ini kemudian mendorong masyarakat lebih memilih pergi ke Baliyan<sup>20</sup> daripada ke fasilitas layanan kesehatan atau petugas kesehatan dalam meminta bantuan untuk mengatasi masalah kesehatannya.

---

<sup>20</sup> Baliyan adalah orang pintar yang dianggap mempunyai kesaktian dan hubungan dengan hal-hal gaib. Baliyan diyakini mampu menolong masyarakat dari masalah kesehatan yang diderita. Pengobatan yang dilaksanakan dengan media Baliyan adalah menggunakan sesajen dan sembahyang.

### *Agama Islam dan Kristen*

Penduduk Jembrana juga banyak yang menganut agama Islam. Dalam kehidupan sehari-hari, interpretasi agama Islam juga sangat berpengaruh pada kesehatan kaum perempuan. Salah satu bentuk interpretasi agama yang dapat mempengaruhi kesehatan adalah adanya anggapan bahwa perempuan dianggap mati syahid jika meninggal pada saat melahirkan. Apalagi dalam agama Islam dikenal adanya ganjaran bahwa orang yang mati syahid mendapat kehidupan yang abadi di surga.

Pengaruh lain dari agama Islam terhadap kesehatan adalah penggunaan alat kontrasepsi IUD. Interpretasi yang berkembang di kalangan masyarakat adalah bahwa Islam telah melarang masyarakat untuk menggunakan IUD karena pemasangannya harus membuka aurat. Sementara itu memperlihatkan aurat kepada laki-laki yang bukan muhrimnya (orang yang halal untuk dinikahi) adalah dosa. Sementara kebanyakan dokter adalah laki-laki. Bahkan, dalam agama Islam juga muncul interpretasi bahwa batas aurat antara sesama perempuan adalah di bawah pusar hingga di atas lutut. Hal ini menunjukkan bahwa petugas kesehatan perempuan juga dilarang untuk melakukan pemasangan IUD karena pasien membuka bagian tubuh yang termasuk aurat.

Masyarakat Bali yang beragama Islam juga mempunyai pandangan dan nilai-nilai yang merupakan interpretasi agama. Salah satu bentuk nilai atau pandangan yang berkembang dan diyakini oleh masyarakat adalah bahwa perempuan yang meninggal karena melahirkan adalah mati syahid. Bagi perempuan yang mengalami mati syahid secara otomatis akan masuk surga. Adanya nilai dan pandangan ini dalam pelaksanaannya juga sangat merugikan kaum perempuan. Sebagaimana penuturan salah seorang responden di Jembrana.<sup>21</sup>

“Di Desa Tegal Badeng Timur ini banyak masyarakatnya yang beragama Islam sehingga masih banyak yang menganut ajaran Islam. Orang Muslim di sini juga ada yang bilang kalau perempuan yang meninggal karena melahirkan, berarti mati syahid dan akan mendapatkan tempat di surga.”

Nilai dan pandangan tersebut selanjutnya sangat berpengaruh pada proses dan kesia-gaan tindakan dalam penanganan dan pemberian bantuan kepada ibu hamil dan melahirkan. Adanya nilai dan pandangan tersebut membuat keluarga dan masyarakat menjadi kurang melakukan tindakan pertolongan yang maksimal dalam membantu masalah persalinan. Apalagi proses untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dari petugas masih membutuhkan berbagai upaya dalam bentuk uang dan transportasi yang tersedia.

Interpretasi agama Kristen dalam beberapa hal memiliki kemiripan dengan agama Islam. Agama Kristen juga memberi pengaruh pada perilaku masyarakat dalam mengatasi

<sup>21</sup> Sebagaimana penuturan salah seorang responden dari Desa Tegal Badeng Timur, Kecamatan Negara, Kabupaten Jembrana, Maret-April 2007.

masalah kesehatan. Sebagian dari masyarakat Jembrana juga memeluk agama Kristen. Bahkan, pemeluk agama Kristen sangat kuat di wilayah pedalaman di Kecamatan Melaya. Pengaruh agama Kristen dalam hal ini tampak pada pelarangan penggunaan alat kontrasepsi berupa IUD. Sebaliknya, masyarakat justru dianjurkan menggunakan alat kontrasepsi suntik. Menurut mereka, pemasangan KB dengan alat kontrasepsi IUD dianggap sama dengan menggugurkan kandungan, karena sel sperma dan sel telur sudah bertemu. Oleh karenanya, penggunaan IUD dilarang karena pengguguran kandungan juga dilarang oleh agama, sedangkan penggunaan alat kontrasepsi suntik diperbolehkan karena sel sperma dan sel telur belum bertemu.

### **3.2. Kepercayaan dan Pengobatan Tradisional dalam Konteks Kemiskinan**

Selain adanya pengaruh agama di atas, terdapat nilai-nilai budaya yang juga mempengaruhi masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatan. Salah satu nilai yang dimaksud adalah adanya kepercayaan masyarakat pada berbagai bentuk pelayanan kesehatan secara tradisional. Nilai-nilai ini menguat dan diyakini sebagai warisan budaya yang turun-temurun. Nilai ini diyakini oleh kelompok masyarakat baik yang beragama Hindu maupun Islam. Kepercayaan masyarakat terhadap nilai-nilai tersebut menyebabkan masyarakat cenderung meminta bantuan dukun beranak ketika mempunyai permasalahan terkait dengan kehamilan, persalinan, dan kesehatan reproduksi. Masyarakat juga masih percaya dengan kekuatan ramu-ramuan obat alami yang terbuat dari tumbuh-tumbuhan atau herbal. Sebagian masyarakat masih mempercayai bahwa obat-obatan tersebut lebih baik bagi kesehatan tubuh dibandingkan dengan obat-obatan dari petugas kesehatan yang berasal dari bahan-bahan kimia.

Apalagi, akses untuk mendapatkan bantuan dari dukun tidak membutuhkan banyak biaya dan transportasi. Dukun tidak menentukan tarif untuk jasa pelayanan yang diberikan. Dukun menerima berapa pun uang yang diterima oleh masyarakat. Jadi, masyarakat sendiri yang menentukan biayanya berdasarkan kemampuan dan keikhlasannya. Selain itu, dukun juga siap dipanggil selama 24 jam.

Beberapa nilai budaya yang berpengaruh pada kualitas kesehatan masyarakat adalah:

- a. Jamu yang dianjurkan untuk diminum oleh perempuan hamil sebelum usia kehamilan tiga bulan adalah berupa daun opo-opo dan daun buyung-buyung yang dicampur dengan garam kemudian dihaluskan. Setelah itu ramuan tersebut diminum. Ramuan tersebut berfungsi untuk menguatkan kehamilan.
- b. Beberapa jenis ramuan jamu yang dianjurkan untuk usia kehamilan di atas tiga bulan sebelum delapan bulan adalah sebagai berikut:
  - Daun waru, siung bawang putih, minyak goreng
  - Kelapa dibakar kemudian diparut, kemudian dicampur dengan kunyit, madu, dan kuning telur ayam kampung. Ramuan ini bertujuan mendinginkan perut agar menjadi sehat dan kuat.

- c. Ramuan jamu yang berfungsi mempermudah proses persalinan adalah sebagai berikut:
  - Daun prungut, kunyit, asam, dan garam yang ditumbuk halus. Setelah itu ramuan tersebut diminum.
  - Kuning telur ditelan dengan menggunakan minyak goreng.
- d. Beberapa ramuan jamu yang dianjurkan pasca persalinan adalah sebagai berikut:
  - Ramuan jamu berupa daun prungut, kunyit, asam, dan garam yang diminum sejak sehari hingga tujuh hari pasca persalinan. Jamu tersebut diminum dalam kondisi dingin karena berfungsi untuk mendinginkan perut. Ramuan ini juga berfungsi untuk mengeluarkan darah kotor sehingga tidak mengental di dalam rahim.
  - Ramuan jamu berupa daun prungut, kunyit, asam, dan garam diminum pada hari pertama pasca persalinan hingga tujuh hari. Sebaiknya diminum dalam keadaan panas. Jamu ini berfungsi untuk menghilangkan gatal-gatal setelah melahirkan.
  - Jamu gebyokan yang terdiri atas daun teter, daun sembung, dan daun trengguling, garam, dan asam yang dihaluskan kemudian diminum. Jamu ini berfungsi selain untuk menyehatkan perut juga untuk mengatasi masalah kemandulan.
  - Daun sirih dan garam dihaluskan kemudian dibungkus dengan daun, dihangatkan dan ditempelkan di pusar sebelum pusarnya lepas.
- e. Ramuan untuk mengatasi masalah menstruasi yaitu majaan yang dipipihkan hingga halus kemudian dibungkus dengan asam atau jamu kunyit asam.
- f. Ramuan jamu untuk KB berupa jeruk nipis yang diperas dan dicampur dengan sedikit tanah liat dan direndam selama tiga hari kemudian diminumkan.
- g. Ramuan jamu untuk beberapa masalah terkait dengan ISR atau PMS, antara lain:
  - Keputihan: berupa ramuan jamu daun prungut dihaluskan dan dicampur dengan garam dan asam terus diminum. Jika masih belum berhasil, ramuan tersebut dipanaskan di atas pecahan genting hingga berwarna merah kemudian disaring dan diminum. Ramuan jamu lainnya adalah berupa umbi kunci dan daun sirih. Juga ramuan berupa daun beluntas, asam, garam, dan jampi puyang yang dihaluskan. Setelah itu ramuan tersebut diminum.
  - Vagina bengkak: berupa daun sirih yang ditempelkan ke vagina.
  - Bisul dan gatal-gatal pada vagina: berupa daun dapdap dan daun tawo yang dibungkus plastik kemudian ditempelkan ke vagina. Ramuan jamu lainnya untuk mengatasi masalah ini adalah berupa air abu dapur yang direndam terus diberi tanah liat dan dicampur dengan asam dan garam.
- h. Beberapa anjuran dan pantangan mengenai kondisi kesehatan sebagai berikut:
  - Vagina bersih dan peret: umbi kunci dan sirih direndam dengan sedikit tanah liat dan dibiarkan dari malam hingga pagi hari. Setelah itu diminum. Perempuan yang tidak mempunyai anak kecil dilarang untuk meminum ramuan ini.

- Kehamilan: Perempuan dilarang banyak makan kecap, makan nanas dan mangga kueni, dilarang mandi di atas pukul 17.00 karena dapat menyebabkan kondisi becek atau kebanyakan air pada saat proses persalinan. Selain itu dilarang minum minuman bersoda, dilarang banyak minum es karena dikhawatirkan kepala bayi menjadi besar sehingga dapat menyusahkan proses persalinan, dilarang makan cumi-cumi, udang, dan ikan pari karena membuat ari-ari bayi menjadi lengket dan dapat menyebabkan bayi maju-mundur pada saat proses persalinan. Juga dilarang makan di tengah pintu karena proses persalinannya akan mengalami kesusahan.
- Pasca persalinan: Perempuan dilarang banyak makan makanan bersantan, dilarang makan makanan dalam kondisi panas karena perut masih luka, dilarang makan makanan pedas karena dapat menyebabkan bayinya diare, dilarang minum es atau makanan yang dingin lainnya karena perut masih luka, dilarang makan ikan laut karena ASI-nya berbau amis.
- ASI tidak lancar: Berkaitan dengan hal ini, dukun beranak memberikan anjuran untuk makan kacang, makan jagung yang digoreng, dan makan bunga pisang.

#### **4. Kemiskinan dan Nilai Perempuan secara Sosial Budaya di Surakarta**

Daerah Kota Surakarta merupakan kota wisata yang memiliki luas sekitar 44 km<sup>2</sup>. Surakarta merupakan wilayah perkotaan dengan kondisi ekonomi yang bertumpu pada sektor industri pengolahan, perdagangan, rumah makan, dan hotel. Di Surakarta terdapat sentra perdagangan tekstil dan pakaian (Pasar Klewer) dan batik yang dikelola oleh mayoritas perempuan. Selain itu terdapat pula banyak pasar modern (supermarket atau mall) yang terpusat di wilayah Singosaren dan sepanjang Jalan Slamet Riyadi yang memperdagangkan hasil produksi pasar global. Misalnya, Solo Grand Mall (SGM), Singosaren Mall, D'Laweyan Mall, Ciputra-Sun Mall, Beteng Trade Centre, dan Pusat Grosir Solo (PGS), dan Matahari Departemen Store yang berkembang dengan cepat mengalahkan perkembangan pasar tradisional. Menariknya, pekerja di sektor perdagangan tersebut tampak didominasi oleh pekerja perempuan. Sentra perdagangan ini berimplikasi langsung pada terbukanya lapangan kerja di sektor perdagangan, jasa, rumah makan, dan lain-lain — dimana perempuan banyak terlibat di dalamnya.

Berkembangnya sektor informal yakni jasa dan perdagangan secara ekonomi berpotensi membuka ruang yang lebih luas bagi pelakunya, termasuk perempuan, untuk memperoleh kesejahteraan ekonomi. Namun demikian tidak semua masyarakat, khususnya perempuan, beruntung memperoleh kesempatan untuk terjun langsung di sektor perekonomian dan menikmati kesejahteraan hidup. Di beberapa sudut kota masih terlihat wilayah pemukiman yang tergolong kumuh dengan kondisi ekonomi yang memprihatinkan. Dalam situasi kemiskinan yang ada biasanya perempuan merupakan pihak yang mengalami dam-



pak kemiskinan lebih parah daripada laki-laki. Hal itu terjadi karena perempuan tidak hanya mengalami kemiskinan sebagai dampak situasi ekonomi yang sulit, tetapi juga mengalami pemiskinan karena gendernya. Berikut ini adalah beberapa faktor yang berperan menyumbang proses pemiskinan kepada perempuan.

#### 4.1. Masih Kentalnya Nilai-Nilai Jawa yang Patriarki

Di Kota Surakarta nilai-nilai budaya Jawa masih terasa kental. Nilai-nilai Jawa ini menem-patkan laki-laki sebagai yang utama dibandingkan dengan perempuan, baik dalam konteks keluarga yakni sebagai kepala keluarga, sebagai suami, sebagai anak laki-laki maupun dalam konteks sosial (= nilai patriarki). Ada anggapan yang berkembang di masyarakat yang memposisikan perempuan sebagai “*konco wingking*”, perempuan memiliki fungsi utama yang dikaitkan dengan dapur, sumur, dan kasur. Hal ini berpengaruh pada pola asuh pada perempuan, dimana dari kecil keluarga (orangtua) menanamkan nilai-nilai bahwa perempuan yang baik adalah yang pintar memasak (dapur), terampil dalam mengerjakan tugas-tugas rumah tangga (sumur), dan piawai dalam melayani suaminya (kasur). Karenanya orangtua mendorong anak perempuannya untuk menguasai ilmu dan keterampilan yang berhubungan dengan kerumahtanggaan. Ada pepatah yang masih diyakini banyak orang bahwa “setinggi-tingginya perempuan bersekolah akhirnya dia harus kembali ke dapur juga”.

Pandangan bahwa perempuan pada akhirnya harus ke dapur dan mengurus keluarganya membuat orangtua tidak terlalu menganggap penting pendidikan yang tinggi bagi anak perempuannya terlebih bila kondisi ekonomi keluarga terbatas. Anak perempuan lebih diarahkan untuk segera menikah daripada sekolah agar beban keluarga segera berkurang, terlebih bagi keluarga yang memang tidak mampu membiayai pendidikan anaknya. Sebagaimana penuturan seorang responden perempuan berikut ini:

“Waktu kecil saya senang pergi sekolah dengan teman-teman dan inginnya sekolah tinggi, tapi karena emak saya tidak mampu ya mau bagaimana lagi.... orangtua saya lebih senang saya bekerja membantu orangtua jualan pecel. Emak saya juga cepat-cepat mendorong saya kawin begitu melihat saya punya gandengan.”<sup>22</sup>

Pendidikan perempuan di Surakarta secara umum cenderung lebih rendah daripada laki-laki. Data dari Susenas tahun 2004 memperlihatkan bahwa dari 4% jumlah penduduk yang tergolong buta huruf di Surakarta dan 73% dari mereka adalah perempuan. Masih banyaknya perempuan yang belum melek huruf atau berpendidikan rendah berpengaruh pada rendahnya peluang untuk dapat bersaing dalam bursa lapangan kerja. Dari total jumlah pengangguran yang memiliki latar belakang tidak pernah bersekolah yakni sebesar

<sup>22</sup> Wawancara dengan ibu Eni dari Kelurahan Sangkrah, Kecamatan Pasar Kliwon, 5 Agustus 2007



627 orang seluruhnya adalah perempuan. Artinya, perempuan yang tidak bersekolah sangat kecil peluangnya untuk dapat memperoleh pekerjaan dibandingkan dengan laki-laki. Adapun mereka yang masuk dalam kategori usia angkatan kerja yakni sebanyak 225.720 orang yang bersaing dalam memperebutkan pekerjaan. Perempuan yang berhasil memperoleh pekerjaan hanya sebesar 41%, sisanya yaitu sebesar 59% adalah laki-laki. Di Kota Surakarta terdapat 7,3% pekerja yang masuk kategori pekerja tidak dibayar. Ironisnya, sebagian besar dari mereka adalah perempuan, yakni sebesar 72% sedangkan laki-laki berkisar 28%.

Mereka yang bekerja tidak dibayar ini biasanya bekerja di lingkup keluarga sehingga jasanya tidak dihargai dengan nilai ekonomi, termasuk di dalamnya adalah perempuan yang sehari-hari menjalani aktivitasnya sebagai ibu rumah tangga. Perempuan yang menghabiskan sebagian besar waktunya untuk melakukan tugas-tugas rumah tangga dan tidak memperoleh imbalan rupiah secara ekonomi akan bergantung pada suaminya. Kondisi ketergantungan ekonomi ini pada akhirnya berkontribusi pada tidak setaranya relasi antara perempuan dan laki-laki. Perempuan atau istri kurang memiliki posisi tawar dalam pengambilan keputusan keluarga, misalnya dalam keputusan pembelian properti tanah, harta bergerak atau aset ekonomi lainnya.

Nilai-nilai Jawa yang mengutamakan laki-laki dibandingkan dengan perempuan juga berpengaruh pada hubungan seksual yang tidak setara antara suami dan istri. Beberapa responden perempuan menyatakan tidak berani menolak berhubungan dengan suaminya sekalipun sedang tidak ingin melakukannya, merasa lelah atau bahkan saat mengetahui suaminya memiliki hubungan dengan perempuan lain. Hal ini dilatarbelakangi oleh nilai-nilai patriarkis dan diperkuat dengan pemahaman agama yang kurang tepat yang menyebutkan bahwa istri wajib melayani suaminya bila sang suami menginginkannya. Sebagian dari responden menyatakan takut berdosa jika berani menolak keinginan sang suami.

“Seorang istri *kan* wajib melayani suami dengan baik, jangan sampai menolak bila diajak hubungan suami istri...pantangan itu, dosa. Apalagi kalau suami ketahuan punya selingkuhan di luar, maka kita justru harus lebih memberikan layanan lebih baik biar dia tidak meninggalkan kita.”<sup>23</sup>

#### 4.2. Beban Ganda

Sebagaimana telah dijelaskan di atas bahwa nilai-nilai Jawa yang notabene juga mengusung nilai-nilai patriarkis masih kental ditemukan dalam berbagai aspek kehidupan. Hal itu berkontribusi pada rendahnya tingkat pendidikan perempuan, rendahnya partisipasi ekonomi perempuan sehingga perempuan berpotensi menjadi lebih miskin daripada laki-laki. Faktor lain yang berpengaruh dalam proses pemiskinan perempuan adalah adanya beban ganda yang ditanggung oleh perempuan.

---

<sup>23</sup> *Ibid*

## Mutmainah

### *“Nilai-nilai Agama sebagai Landasan Penentuan Jumlah Anak”*

Mutmainah adalah seorang ibu rumah tangga berusia 46 tahun. Pendidikan terakhirnya adalah tamatan SD. Bu Mutmainah memiliki anak delapan orang dari delapan kali kehamilan, dan tidak pernah mengalami keguguran. Anak terakhirnya adalah perempuan dan saat ini berusia sembilan bulan.

Suami ibu Mutmainah berpendidikan akhir tamatan SD dan bekerja sebagai buruh serabutan. Penghasilan per bulan yang berhasil dikumpulkan oleh suami jumlahnya kurang dari Rp. 600.000,-. Uang sejumlah ini harus digunakan untuk menanggung biaya hidup sekitar lima orang di dalam rumah.

Untuk kebutuhan pangan, keluarga ibu Mutmainah mengeluarkan uang sejumlah Rp. 156.700,- per minggu, sedangkan untuk kebutuhan selain makanan keluarga ini membelanjakan uang sejumlah Rp. 261.800,- per bulan. Jika dilihat dari komposisi pengeluaran untuk makanan dalam satu minggu terakhir menunjukkan keluarga ibu Mutmainah tidak mengkonsumsi daging (sapi, kambing, ayam, hati, dan sebagainya), begitu pula jumlah telur yang dikonsumsi tergolong sedikit yakni  $\frac{1}{2}$  kg (Rp. 4.200) per minggu untuk satu keluarga, begitu pula untuk konsumsi kelompok sayur mayur, ikan dan lainnya tergolong sedikit (maksimal Rp. 24.000,-) dibandingkan dengan pengeluaran untuk rokok yang mencapai Rp. 35.000,- per minggu. Dalam sehari keluarga ibu Mutmainah hanya mampu makan sebanyak dua kali.

Bu Mutmainah dan keluarga tinggal di sebuah rumah berukuran luas 24 m<sup>2</sup>. Rumah ini berdinding papan dan berlantai semen plester. Rumah ini dihuni ibu Mutmainah dan suami bersama-sama dengan anak dan menantu serta cucu-cucunya. Saat ini ibu Mutmainah tercatat sebagai pemegang kartu Askeskin.

Ibu Mutmainah masuk dalam kategori 3 T: terlalu tua untuk melahirkan, terlalu banyak anak, dan terlalu dekat jarak antara anak satu dengan anak yang lain. Bahkan uniknya, saat ini anak terakhir ibu Mutmainah berumur sembilan bulan sebaya dengan cucunya (anak dari anak perempuannya). Saat ini ibu Mutmainah menggunakan KB jenis pil. Ibu Mutmainah menganggap jumlah anak merupakan kehendak dari Tuhan. Keterbatasan ekonomi membuat ibu Mutmainah tidak memeriksakan diri ke tenaga kesehatan pada saat mengalami keluhan pada organ reproduksinya. Dukungan suami terhadap upaya pemeliharaan kesehatan reproduksi istrinya juga kurang. Suaminya tidak mendampingi pada saat istrinya melahirkan.

Ibu Mutmainah kurang memahami pentingnya menjaga kesehatan reproduksi, dia juga kurang mendapatkan informasi terkait dari tenaga kesehatan maupun media massa. Bu Mutmainah mengaku hampir tidak pernah membaca surat kabar, namun

lebih sering mendengarkan radio ataupun melihat TV, itupun lebih sering memilih acara hiburan, karenanya Mutmainah tidak mengetahui tentang berbagai resiko yang dihadapi bila seorang perempuan masuk dalam kategori 3T. Selain itu Mutmainah juga beranggapan bahwa seorang istri tidak seharusnya menolak jika diajak berhubungan seks oleh suaminya sekalipun dia dalam kondisi lelah. Hal ini tidak lepas dari pengaruh nilai-nilai agama yang diyakininya yang menempatkan laki-laki sebagai kepala keluarga yang wajib dipatuhi.

“Sebagai perempuan sudah menjadi kewajiban kita untuk mengurus anak dan suami, mulai dari bersih-bersih rumah, mencuci, memasak. Walaupun kita ada kesibukan dagang di pasar, tetaplah, kewajiban di rumah harus dilakukan dulu.”

Di Kota Surakarta masih dijumpai pembagian kerja berdasarkan jenis kelamin yakni perempuan memiliki tanggungjawab atas tugas-tugas atau pekerjaan rumah tangga mulai dari memasak, mencuci, membersihkan rumah hingga mengasuh anak, sementara laki-laki hanya bertanggung-jawab mencari nafkah untuk keluarga. Hampir seluruh waktu yang dimiliki perempuan digunakan untuk melakukan pekerjaan rumah tangga sehingga berpengaruh pada keterbatasan perempuan untuk dapat mengakses publik baik mengakses informasi, fasilitas layanan kesehatan dan fasilitas publik lainnya. Selain itu juga keterbatasan untuk mengakses sumber daya ekonomi. Pada akhirnya hal itu berpotensi memiskinkan perempuan.

“Saya biasa membawa anak saya ikut menunggu dagangan di pasar... bagaimana lagi... dia masih kecil untuk bisa ditinggal di rumah. Daripada tidak ada yang mengurus anak di rumah, lebih baik saya ajak. Ya agak sedikit repot, tapi saya sudah biasa...”<sup>24</sup>

Tanggungjawab sektor domestik yang dipikul perempuan ini menjadi lebih berat lagi saat dia juga harus bekerja mencukupi kebutuhan ekonomi keluarga. Perempuan akan menanggung beban ganda tidak hanya bekerja di sektor produktif (menghasilkan nilai ekonomi), tetapi juga harus tetap menanggung beban kerja domestik — kerja rumah tangga. Pada perempuan yang memiliki kemampuan secara ekonomi untuk membayar pembantu rumah tangga, maka beban kerja domestik tersebut dialihkan kepada perempuan lainnya (perempuan miskin yang lain). Namun, jika perempuan tidak mampu membayar perempuan lain untuk menggantikan tugas-tugas domestik yang harus dilakukannya, maka yang terjadi adalah beban ganda. Tidak jarang kami menjumpai para pedagang di pasar

<sup>24</sup> Wawancara dengan Sularni dari Kelurahan Sangkrah Pasar Kliwon, 8 Agustus 2007

tradisional ataupun di pasar Klewer Surakarta menunggu dagangannya sembari menggendong dan mengasuh anaknya yang masih kecil. Hal itu tentunya mempengaruhi kesehatannya dan anak yang ikut bersamanya karena lingkungan pasar seringkali kurang bersih, kurang ramah bagi anak-anak kecil. Di sisi lain secara ekonomi, pekerjaan pengasuhan anak ini sedikit banyak akan mempengaruhi dalam mengurangi optimalisasi kerja yang dilakukannya dan pada akhirnya juga berpengaruh pada tingkat pendapatan yang mampu diperolehnya menjadi berkurang.

### Santi

Kelurahan Sangkrah, Kecamatan Pasar Kliwon, Surakarta

Ibu Santi, seorang ibu rumah tangga yang lahir pada 21 Agustus 1969, jadi saat ini berusia sekitar 39 tahun. Santi tinggal bersama Suyadi suaminya dan kelima orang anaknya di sebuah rumah dengan ukuran luas 24 m<sup>2</sup>, berdinding tembok diplester dan berlantai semen. Rumah Santi sangat sederhana, berupa ruang berukuran 4x6m<sup>2</sup> tanpa dibagi-bagi lagi menjadi ruang yang lebih kecil. Di dalam ruang terhampar sebuah kasur Palembang tipis tempat keluarga Santi tidur, sekaligus merangkap tempat untuk menerima tamu. Di bagian kiri ruang difungsikan sebagai dapur dengan berbagai peralatan memasak yang berbaur dengan sebuah lemari pakaian yang berfungsi sebagai dinding pemisah bagi ruang tidur anak perempuan Santi yang telah menginjak remaja. Untuk keperluan minum keluarga Santi mengambil air dari sebuah leding umum yang dapat dijangkau dalam waktu sekitar 10 menit. Santi biasa mengambil air (bahasa Jawa= mengangsu air) seorang diri pada waktu tengah malam, sekitar pukul 02.00 dini hari karena untuk menghindari antrean yang panjang saat akan mengambil air. Selain itu Santi harus menunggu hingga anaknya terkecil yang masih bayi telah tertidur lelap sehingga dia dapat mengambil air tanpa harus membawa bayinya itu. Pernah juga Santi terpaksa harus mengambil air dengan menggendong bayinya karena dia terbangun dan tidak bisa ditinggalkannya sendiri. Untuk keperluan mandi, keluarga Santi biasa menggunakan WC umum yang berada tidak jauh dari tempat leding umum.

Sehari-hari suami Santi bekerja sebagai sopir angkutan umum, penghasilan yang diperolehnya tidak tetap. Setiap harinya suami bisa membawa pulang uang Rp. 20.000,-, tetapi bila kondisi penumpang sedang sepi kadang tak ada uang sepeserpun yang diberikan kepada Santi. Dalam satu bulan penghasilan yang diperoleh suami Santi kurang dari Rp. 600.000,-. Keluarga Santi tidak selalu dapat makan tiga kali dalam sehari, tergantung pendapatan yang diperoleh sang suami.

### **Santi dan Masalah Kesehatan yang Terkait dengan Alat Kontrasepsi**

Ibu Santi pernah hamil sebanyak lima kali, dengan kelahiran hidup lima orang dan tidak pernah mengalami keguguran. Jarak kelahiran antara anak yang satu dengan anak yang lain tergolong sangat berdekatan. Terutama antara anak yang keempat dan kelima, untuk diketahui setelah melahirkan anak keempatnya Santi hanya kosong selama satu bulan dan selanjutnya langsung mengandung anaknya yang kelima. Sehingga saat ini umur anak keempat belum genap dua tahun sedangkan anak kelima berusia satu bulan. Karena jarak anak yang terlalu dekat, Santi mengalami kesulitan untuk memberi ASI yang cukup bagi anaknya yang terakhir, karena ASI-nya harus dibagi untuk anak ke empat dan ke lima. Anak-anak ini harus bergantian menyusu pada ibunya, karena Santi tidak mampu menyediakan susu pengganti ASI untuk anak ke empat.

Saat ini Santi telah menjalani operasi tubektomi untuk mensterilisasi kandungannya agar tidak memiliki anak lagi. Santi mengakui bahwa dia sebenarnya telah memiliki niatan untuk melakukan operasi sterilisasi kandungan sejak dia melahirkan anaknya yang nomor dua. Namun, saat keinginannya tersebut diutarakan kepada bidan di Puskesmas dia tidak diijinkan karena usia Santi saat itu masih sangat muda, yakni usia 26 tahun. Akhirnya, setelah melahirkan anaknya yang kelima Santi baru bisa melakukan operasi sterilisasi dengan menggunakan kartu Askeskin dan dirinya mendapatkan layanan tersebut secara gratis. Sterilisasi dipilihnya sebagai upaya terakhir setelah dia berkali-kali mencoba menggunakan alat kontrasepsi dan ternyata dirasakannya tidak cocok.

Pada awalnya Santi menggunakan alat kontrasepsi pil KB yang diperolehnya di Puskesmas secara gratis dengan menggunakan fasilitas Askeskin. Pil KB ini dirasakan oleh Santi tidak sesuai untuk dirinya karena membuatnya sering mengalami sakit. Dia telah memeriksakan masalah tersebut ke Puskesmas dengan menggunakan Askeskin namun keluhan itu belum hilang. Karenanya, Santi beralih menggunakan alat kontrasepsi suntikan yang berjangka waktu tiga bulan. Suntikan KB ini diperolehnya dari Puskesmas secara gratis. Setelah kelahiran anak keempat Santi berganti menggunakan spiral.

Selama menggunakan spiral, bu Santi tidak pernah memeriksakannya kembali ke tenaga kesehatan walaupun ada keluhan sakit kepala. Keluhan ini tidak terlalu dirasakannya, hingga suatu saat dia merasakan tanda-tanda kehamilan. Santi awalnya tidak percaya bila dirinya hamil karena dia merasa masih menggunakan spiral, namun setelah dia memeriksakan kondisinya tersebut ke dokter, ternyata dia memang hamil dan spiral yang dulu pernah dipasang tidak lagi ditemukan.

Santi mengakui bahwa dirinya tidak sempat memeriksakan diri ke tenaga kesehatan karena kendala biaya dan juga kesibukannya merawat anak-anaknya yang masih kecil dan jarak usianya berdekatan satu dengan lainnya. Begitupun saat hamil anaknya yang terakhir yakni anak kelima, Santi sangat jarang memeriksakan diri, hanya empat kali saja selama kehamilan hingga melahirkan.

Banyaknya anak dengan jarak kelahiran yang sangat dekat membuat Santi mengalami kesulitan dalam merawat dan mengasuhnya. Untuk diketahui Santi melakukan proses pengasuhan anak seorang diri tanpa bantuan pengasuh atau orang lain. Suami Santi selama ini tidak pernah terlibat aktif dalam proses pengasuhan anak, dia lebih banyak menyerahkan kepada Santi dan terkesan tidak mau tahu dengan kesulitan yang dirasakan oleh istrinya, demikian menurut penuturan Santi. Kendati Santi mengaku dirinya sudah berusaha meminta bantuan kepada suaminya untuk membantunya yang sangat kerepotan mengasuh seluruh anaknya seorang diri sembari mengerjakan seluruh pekerjaan rumah tangga. Namun, sang suami tetap tidak tergerak untuk membantu meringankan beban Santi dengan alasan dia juga merasa kelelahan setelah menarik angkot seharian.

### **Relasi Santi dengan Suaminya**

Santi telah menjalani pernikahan dengan suaminya selama kurang lebih 18 tahun (Santi menikah di usia 21 tahun). Selama ini menurut Santi pembagian kerja dalam rumah tangga tidaklah berjalan seimbang antara dirinya dan sang suami. Seperti telah dijelaskan pada bagian sebelumnya seluruh pekerjaan rumah tangga menjadi bagian dari tanggungjawab Santi. Sedangkan, sang suami sepenuhnya berkonsentrasi untuk mencari nafkah dengan menjalankan pekerjaan sebagai seorang sopir angkutan umum. Bila hari ramai penumpang suaminya itu tiba di rumah setelah pukul 19.00 WIB, namun bila penumpang sedang sepi, dia bisa tiba di rumah pada siang atau sore hari. Terkadang suaminya itu tinggal seharian di rumah, bila kebetulan mobil yang dijalankannya itu sedang dijalankan oleh pemilik mobil. Bila kondisinya demikian, maka suami Santi tidak akan memperoleh penghasilan sepeserpun dalam sehari itu.

Penghasilan suami Santi yang tidak menentu itu mendorong Santi melakukan kerja serabutan untuk menambah pemasukan keluarga. Terkadang Santi berjualan ayam bila memiliki sedikit simpanan uang untuk modal, kadang menerima kerja borongan produk konveksi baju perempuan, pernah juga menjadi Pekerja Rumah Tangga (PRT) dengan bekerja di sebuah keluarga Cina. Suami Santi tidak setuju

bila dia bekerja sebagai PRT dan tinggal di rumah majikannya, dia lebih suka bila istrinya itu bekerja serabutan apa saja asalkan dia tetap bisa pulang ke rumah setiap hari. Santi mengeluhkan sikap suaminya itu, karena menurutnya bekerja sebagai PRT lebih memberikan hasil yang cukup jika dibandingkan dengan kerja serabutan. Dia juga mengeluhkan kebiasaan suaminya yang gemar berjudi yang membuatnya tidak pernah bisa menyimpan uang untuk ditabung. Namun demikian, Santi memilih untuk bersikap pasrah dan menuruti keinginan suaminya, karena dia takut bila dia tidak menurut pada suami maka suaminya akan berbuat kasar kepadanya. Beberapa kali suaminya berbuat kasar (menempeleng) saat dia marah dan keinginannya tidak dituruti.

Dalam hubungan suami istri, ibu Santi menyatakan bahwa dia juga sepenuhnya menurut pada keinginan sang suami, selain karena takut suaminya marah, dia juga takut berdosa. Selama ini segala keputusan dalam keluarga selalu dilakukan oleh sang suami, baik dalam pengaturan keuangan keluarga, maupun dalam pembelian barang. Namun, dalam hal memutuskan sekolah bagi anak-anaknya Santi yang banyak berperan, hal itu karena sang suami merasa tidak terlalu memahami kondisi anaknya, dia tidak pernah ikut serta dalam membantu pelajaran sekolah anaknya, bahkan pengambilan raport pun juga dilakukan oleh Santi. Untuk masalah kesehatan keluarga, penggunaan KB juga menjadi tanggung jawab Santi. Menurut Santi, suaminya tidak peduli apapun pilihan KB yang diikuti oleh dirinya asalkan dia mau ber-KB untuk membatasi jumlah anak mereka.

### **4.3. Kesehatan Masyarakat, Kebiasaan dan Kepercayaan**

Di Kota Surakarta terdapat beberapa kepercayaan dan kebiasaan yang tergolong unik terkait dengan kesehatan reproduksi perempuan maupun kesehatan secara umum. Kebiasaan ini berhubungan erat dengan faktor budaya setempat yakni budaya Jawa yang akrab dengan penggunaan ramuan tradisional atau jamu maupun praktek-praktek tradisional berupa pemijatan atau yang sering disebut dengan pengobatan alternatif beserta mitos-mitos yang menyertainya. Praktek-praktek tradisional ini biasanya diperoleh dari kebiasaan keluarga dan disosialisasikan atau diwariskan turun-temurun dari orangtua kepada anak dan keturunannya. Aspek budaya dalam konteks kesehatan reproduksi yang dipraktekkan pada masyarakat Jawa di Surakarta meliputi masalah menstruasi, kehamilan, persalinan ataupun pasca persalinan, perawatan bayi, dan pengobatan umum.



### *Menstruasi*

Dari hasil survei dan wawancara mendalam yang dilakukan peneliti dengan para perempuan responden penelitian ditemukan adanya kebiasaan meminum jamu saat mereka mendapat menstruasi setiap bulannya. Para perempuan biasa meminum jamu kunyit asem selama masa menstruasi untuk mengatasi rasa sakit selama menstruasi. Selain itu juga menghilangkan aroma yang kurang sedap pada alat reproduksi perempuan, memperlancar menstruasi dan membersihkan alat reproduksi perempuan agar terjaga kesehatannya. Jamu ini bisa diperoleh dalam bentuk jadi di warung atau pasar, namun ada juga yang dibuat sendiri dengan alasan agar lebih segar dan berkhasiat. Salah seorang responden menuturkan bahwa kebiasaan meminum jamu ini diajarkan oleh ibunya sejak ia pertama kali mendapatkan menstruasi. Sang ibu juga menasihati untuk lebih berhati-hati dalam bergaul dengan lawan jenis karena setelah mendapat menstruasi seorang perempuan dapat hamil bila bergaul terlalu dekat dengan lelaki. Namun responden mengakui bahwa dia tidak benar-benar memahami apa yang dimaksud oleh ibunya dengan bergaul terlalu dekat. Responden juga mengakui sedikit kikuk dan khawatir saat memperoleh menstruasi untuk pertama kalinya. Dia takut melihat darah yang mengalir dari alat reproduksi perempuan untuk pertama kalinya. Selain itu beberapa dari perempuan juga belum tahu apa yang mesti dilakukannya untuk menampung darah yang keluar.

“Emak saya membuatkan saya jamu kunyit asem saat saya pertama kali mendapatkan haid, katanya, biar darahnya tidak berbau amis. Setelah itu Emak berpesan agar saya lebih berhati-hati setelah dapat haid agar tidak bergaul terlalu dekat dengan teman laki-laki.”<sup>25</sup>

Pada umumnya, perempuan yang lahir di sekitar tahun 1980-an lebih mengetahui mengenai menstruasi dibandingkan dengan perempuan dari generasi sebelumnya. Beberapa responden di wilayah penelitian yang lahir di tahun 1980-an menyatakan tidak terlalu kaget saat mendapatkan menstruasi untuk pertama kalinya. Seperti penuturan responden dari daerah berikut ini:

“Pertama kali saya mendapat haid ya agak kaget tapi *ngga* sampai ketakutan, karena saya pernah melihat beberapa teman saya mengalami haid untuk pertama kalinya. Jadi saya tahu apa yang mesti dilakukan, bagaimana caranya memasang pembalut”<sup>26</sup>

Pengetahuan tentang menstruasi ini diperoleh tidak hanya dari orangtua, tetapi juga dari media massa seperti televisi — dengan iklan pembalut untuk perempuan, acara di radio yang membahas hal-hal yang berkaitan dengan perempuan, maupun dari koran dan

<sup>25</sup> *Ibid*

<sup>26</sup> *Ibid*

majalah. Namun beberapa responden yang lahir di tahun sebelumnya pada umumnya memperoleh pengetahuan dasar soal menstruasi dari orang tua, teman dan dari saudara perempuannya yang lebih dulu mengalaminya. Pada umumnya responden perempuan di wilayah penelitian mengenal dan mempraktekkan penggunaan jamu kunyit asem pada saat menstruasi dan mempercayai khasiatnya yang berguna untuk menjaga kesehatan reproduksi perempuan.

### ***Kehamilan, Persalinan, dan Pasca Persalinan***

Pada saat hamil ada beberapa kebiasaan yang biasanya harus dipatuhi ataupun dipantang oleh perempuan. Di wilayah penelitian Surakarta, terdapat kebiasaan berpantang makanan tertentu demi menjaga kesehatan bayi dalam kandungan, seperti anjuran untuk berpantang makan tempe. Diyakini bahwa bila ibu hamil mengkonsumsi tempe dapat mempengaruhi bayi di dalam kandungan, dan pada akhirnya juga mengalami gangguan pada matanya. Gangguan yang dimaksud adalah adanya kotoran di mata bayi (bahasa Jawa: *beleken*) hingga mata rabun. Selain itu juga ada keyakinan untuk berpantang makan udang agar anaknya tidak bungkuk seperti udang. Tidak boleh meminum air es karena dikhawatirkan anak dalam kandungan terlalu besar atau gemuk, atau ada juga kekhawatiran bila sang ibu minum es selama hamil maka tubuh anaknya menjadi kecil namun air ketubannya terlalu banyak. Hal ini diungkapkan oleh Eni, salah seorang responden dari kelurahan Sangkrah yang mengatakan:

“Ketika saya hamil, ibu saya berpesan agar jangan sering-sering minum air es karena nantinya air ketuban saya terlalu banyak.”

Keyakinan ini sedemikian kuat sehingga orang mematuhi. Selain itu perempuan hamil juga harus berhati-hati dan menahan diri untuk tidak menyiksa atau membunuh hewan karena dikhawatirkan anaknya yang lahir bakal menyerupai hewan yang pernah disiksa atau dibunuhnya. Para suami juga harus menjalankan pantangan yang serupa yakni menjaga agar jangan sampai menyiksa atau membunuh binatang selama istrinya hamil. Kebiasaan berpantang makan tempe ini dilanjutkan lagi oleh ibu pasca persalinan diikuti dengan pantangan memakan ikan laut, telur, dan sayuran yang berkuah karena diyakini semua jenis makanan tersebut akan memperlambat proses pemulihan kesehatan ibu setelah persalinan. Para perempuan di wilayah penelitian meyakini bahwa makanan tersebut menyebabkan jahitan di alat reproduksi perempuan lebih lama keringnya dan berbau amis.

Sebagian masyarakat di Surakarta juga mempercayai pentingnya pijat perut pada ibu pasca persalinan yang dikenal dengan istilah “*walik dadah*”. Metode pijat ini dilakukan setelah 40 hari persalinan untuk mengembalikan kondisi kesehatan alat reproduksi. Tepatnya, rahim menjadi normal baik letaknya maupun kesehatannya. Biasanya metode pijat ini dilakukan oleh seorang dukun bayi. Beberapa responden di wilayah penelitian juga

mengakui menggunakan metode pijat ini sebagai upaya untuk menjarangkan kelahiran, semacam KB metode tradisional. Mereka percaya dan merasakan keberhasilan dari metode pijat ini sebagai metode yang ampuh untuk menjarangkan kelahiran minimal dua tahun. Bahkan ada pula dukun bayi yang sanggup menghentikan potensi kehamilan dengan metode pijat ini. Jadi, perempuan tidak perlu melakukan sterilisasi untuk menghentikan potensi kehamilan. Namun ada risiko yang membuat perempuan khawatir menggunakan metode pijat “*walik dadab*” ini yaitu perubahan yang diinginkan harus dilakukan oleh dukun yang sama, baik untuk menjarangkan ataupun untuk membuka lagi potensi kehamilan. Sehingga apabila sang dukun bayi yang dulu melakukannya telah meninggal, maka tidak ada yang bisa mengembalikan lagi kondisi perut perempuan tersebut seperti sebelum dipijat.

Kebiasaan “*walik dadab*” juga diakui oleh salah seorang kader posyandu di kelurahan Sangkrah. Adapula mantri perempuan yang juga melakukan “*walik dadab*” setelah melahirkan mempercayai bahwa tindakan itu membuat kesehatannya pulih lebih cepat setelah persalinan. Mereka mengakui kebiasaan ini memang masih diyakini khasiatnya dan dilakukan oleh sebagian perempuan. Namun kader menyatakan secara pribadi bahwa dia tidak mempercayai khasiat dari metode tersebut sebagai upaya untuk menjarangkan kelahiran ataupun memulihkan kondisi rahim pasca persalinan. Mereka bahkan khawatir bila dukun bayi yang melakukan tindakan ini tidak berpengalaman justru akan membahayakan kesehatan reproduksi perempuan. Para kader memilih untuk mengimbangi kepercayaan terhadap metode tradisional ini dengan melakukan sosialisasi pentingnya pemeriksaan kesehatan kepada tenaga kesehatan, mendorong masyarakat untuk lebih banyak memanfaatkan fasilitas layanan kesehatan, misalnya, ke Puskesmas, Posyandu, Pustu, Pusling, dan sebagainya.

### ***Pengguguran Kandungan***

Ada kebiasaan yang dipercaya di antara perempuan di Surakarta tentang cara menghentikan atau menggugurkan janin di dalam perut yang tidak dikehendaki. Yaitu dengan memakan buah nanas yang masih muda atau meminum minuman ringan *Sprite* dicampur garam dan merica sebanyak-banyaknya. Setelah meminum ramuan ini diharapkan rahim akan merasa panas dan bayi akan terdorong untuk keluar secara spontan (aborsi spontan). Namun cara yang terakhir ini tergolong cukup berbahaya karena risiko yang ditimbulkannya pada kesehatan. Salah seorang responden yang pernah mencoba cara tersebut menuturkan bahwa dirinya langsung pingsan setelah meminum ramuan ini dalam jumlah yang cukup banyak karena rasanya sangat pedas dan perutnya spontan terasa sangat panas dan sakit, mual hebat, pusing dan akhirnya pingsan. Namun anehnya justru bayi dalam kandungannya tetap selamat, tidak mengalami aborsi spontan seperti yang diharapkan.

“Saya bingung mbak setelah tahu kalau saya hamil lagi, padahal anak terkecil saya belum genap satu tahun, terlebih penghasilan suami tidak pasti setiap bulannya. Lalu saya tanya teman-teman saya yang pernah menggugurkan kandungannya, macam-macam sih caranya, tapi saya akhirnya mencoba ramuan minuman *Sprite* yang dicampur dengan garam dan merica sebanyak-banyaknya. Katanya biar kandungan kita panas terus akhirnya janin akan jatuh.”<sup>27</sup>

### ***Perawatan Bayi***

Di wilayah penelitian Surakarta dijumpai juga kebiasaan masyarakat melakukan pijat pada bayinya. Pemijatan ini dilakukan pada bayi saat berumur kurang lebih 40 hari dengan tujuan untuk menjaga dan meningkatkan kesehatan bayi, membuat badan bayi lebih kencang dan sehat. Mereka meyakini bayi yang lebih sering dipijat akan tumbuh lebih sehat dan pesat, jarang sakit daripada yang tidak dipijat.

“Di daerah saya, memijat bayi sudah menjadi kebiasaan. Bayi mulai dipijat sejak berumur 40 hari oleh mbah dukun yang menolong kelahiran, setelah itu pemijatan akan dilakukan rutin setiap satu bulan sekali atau jika bayi sakit. Anak saya jarang sakit karena sering dipijat.”<sup>28</sup>

Pijat bayi biasanya dilakukan oleh dukun bayi yang sudah tua dan berpengalaman. Beberapa responden mengaku sering membawa bayinya ke dukun untuk dipijat setiap kali ada keluhan atau gangguan kesehatan pada bayinya, misalnya karena terjatuh, diare, atau saat badan bayi panas atau rewel. Bahkan bayi juga dipijat untuk menghilangkan ‘sawan’<sup>29</sup> bayi, karena saat dipijat biasanya sang dukun meniup-niup ubun-ubun bayi sambil membacakan doa-doa tertentu yang memberikan ketenangan pada bayi sehingga tidak rewel lagi.

Kebiasaan memijat bayi untuk meningkatkan kesehatan bayi dapat dicari penjelasannya secara ilmiah. Pada saat ini terdapat banyak buku yang menerangkan berbagai cara melakukan pemijatan pada bayi untuk meningkatkan Air Susu Ibu (ASI) dan juga kesehatan bayi. Tenaga kesehatan yang pernah peneliti jumpai juga mengakui khasiat dari pijat terhadap kesehatan bayi, terlepas dari siapa yang melakukan pemijatan tersebut.

“Pemijatan pada bayi memang berguna untuk merangsang peredaran darah bayi agar lancar sehingga pertumbuhan bayi menjadi baik. Pijat bayi mestinya dilakukan oleh mereka yang mengerti teknik pemijatan bayi.”<sup>30</sup>

---

<sup>27</sup> Wawancara dengan Ibu Eni dari Kelurahan Sangkrah, Kecamatan Pasar Kliwon, 5 Agustus 2007

<sup>28</sup> Hasil wawancara dengan Bidan Keksi dari Puskesmas Sangkrah, 7 Agustus 2007

<sup>29</sup> *Sawan* adalah istilah dalam bahasa Jawa yang menggambarkan kondisi bayi rewel, menangis terus-menerus tanpa sebab jelas dan hal itu diyakini karena bayi terpengaruh (melihat) makhluk ghaib yang mungkin secara tidak sengaja dijumpai di tempat tertentu.

<sup>30</sup> *Ibid*

## 5. Nilai Sosial Budaya Perempuan dalam Konteks Kemiskinan di Indramayu

Kabupaten Indramayu termasuk dalam wilayah yang memiliki persentase keluarga miskin terbanyak di Provinsi Jawa Barat bersama-sama dengan empat kabupaten lainnya yaitu Garut, Cirebon, Subang, dan Karawang. Jumlah penduduk miskin mencapai 400.417 jiwa atau 23,58% dari total penduduk Kabupaten Indramayu. Menurut BPS 2004, garis kemiskinan di Kabupaten Indramayu sebesar Rp. 159.901,- per kapita/bulan. Sementara itu berdasarkan Indonesia Human Development Report 2004, Indeks Kemiskinan Manusia (HPI, 2002) Kabupaten Indramayu adalah sebesar 28,8. Nilai indeks ini merupakan nilai tertinggi kedua setelah Kabupaten Karawang di Provinsi Jawa Barat. Artinya, Kabupaten Indramayu termasuk dalam wilayah dengan tingkat kemiskinan manusia tertinggi di Provinsi Jawa Barat. Tingkat kemiskinan manusia ini dilihat dari beberapa aspek yaitu penduduk yang diperkirakan tidak mencapai usia 40 tahun (19,3%), angka buta huruf penduduk dewasa (23,8%), penduduk tanpa akses pada air bersih (57,5%), penduduk tanpa akses pada fasilitas sarana kesehatan (25,8%), dan balita kurang gizi (27,8%).

Kabupaten Indramayu juga memiliki jumlah desa tertinggal yang cukup signifikan yaitu 32,58% (101) dari seluruh desa atau kelurahan yang ada. Jumlah penduduk yang tinggal di desa tertinggal tersebut 472.769 jiwa yang berasal dari 130.151 KK, artinya sebesar 27,8% penduduk atau 29,4% keluarga di Indramayu tinggal di desa tertinggal. Dari tinjauan potensi wilayah sebenarnya Kabupaten Indramayu merupakan salah satu daerah sentra pertanian dan penyumbang hasil panen padi terbesar di Jawa Barat yakni 1.080.306 ton (11,25%). Produktivitas pertanian Indramayu menduduki tempat teratas dibandingkan dengan daerah lain di Jawa Barat yakni rata-rata per hektar 5.497 ton. Potensi wilayah yang cukup bagus di bidang pertanian secara otomatis menyediakan peluang bagi masuknya pekerja di sektor pertanian. Banyak tenaga kerja yang terserap di bidang pertanian namun penduduk setempat biasanya bekerja sebagai buruh tani, jarang yang berposisi sebagai pemilik tanah pertanian. Hal itu karena situasi kemiskinan memaksa masyarakat menjual lahan pertaniannya untuk dapat bertahan hidup. Saat ini semakin banyak lahan pertanian yang berpindah kepemilikan pada warga di luar Kabupaten Indramayu.

Buruh tani yang bekerja menggarap sawah terdiri atas buruh perempuan dan laki-laki dan juga beberapa di antaranya pekerja anak-anak. Buruh perempuan biasanya bekerja menanam atau tander padi dan mencabuti rumput liar di sekitar tanaman padi, sementara buruh tani laki-laki bertugas menjalankan traktor untuk membajak sawah. Mereka biasanya bekerja dari pukul 07.00-16.00 dengan upah rata-rata Rp. 35.000,- per hari. Namun bila dilihat dengan lebih teliti sebenarnya terdapat perbedaan dalam pembayaran upah antara buruh perempuan dan laki-laki. Sebagai gambaran bila buruh tani perempuan bekerja setengah hari hingga pukul 12.00 mereka akan menerima upah sebesar Rp. 15.000,- sementara itu buruh tani laki-laki yang bekerja dengan durasi yang sama akan memperoleh

imbalan sebesar Rp. 20.000,-. Adapun pekerja anak-anak biasanya akan menerima upah sebesar Rp. 10.000,-.

Dalam perjalanan waktu, pekerjaan di sektor pertanian dipandang tidak lagi menjanjikan imbalan materi yang cukup bagi pemenuhan kebutuhan hidup sehari-hari. Terlebih saat harga-harga kebutuhan pokok terus merambat naik. Upah sebagai buruh tani tidak mampu membebaskan masyarakat dari belenggu kemiskinan. Dari angka-angka statistik di atas jelas tergambar situasi kemiskinan yang dialami penduduk Indramayu. Namun, bila ditelaah lebih lanjut situasi kemiskinan yang dialami penduduk secara umum sesungguhnya dapat dilihat juga dalam perspektif gender. Dalam konteks ini, perempuan adalah pihak yang lebih miskin dalam situasi kemiskinan yang ada karena ada beban sosial yang lebih berat dipikul oleh perempuan dibandingkan laki-laki. Nilai-nilai budaya yang masih memarginalisasi kaum perempuan menjadi faktor lain yang berkontribusi pada “memiskinkan” kaum perempuan, misalnya memberi nilai perempuan sebagai komoditas seksual.

### 5.1. Komoditas Seksual untuk *luruh duit*

Indramayu adalah daerah yang tergolong strategis secara geografis karena berada pada jalur pantura yang merupakan jalur utama urat nadi perekonomian nasional. Hal itu memungkinkan Indramayu menjadi tempat persinggahan para pendatang dan terjadinya persinggungan budaya lokal dengan budaya pendatang. Budaya yang ada di Kabupaten Indramayu merupakan akulturasi dari budaya Jawa dan Sunda, sehingga memiliki berbagai keunikan yang tidak dimiliki daerah lain. Secara umum masyarakat Indramayu merupakan masyarakat yang agamis dan religius dengan keragaman agama yang dianut. Mayoritas penduduk Indramayu beragama Islam (98,77%), selebihnya adalah penganut Protestan (0,16%), Katholik (0,10%), Hindu (0,014%), dan Buddha (0,013%). Kendatipun demikian praktek prostitusi yang ada dalam konsep *luruh duit* merupakan aktivitas sosial yang menonjol dan telah menjadi bagian dari perilaku seksual mereka.

Budaya *luruh duit* dikenal luas di kalangan masyarakat Indramayu. Pengertian dasar dari kata “*luruh duit*” tidak lain adalah mencari uang, memburu uang untuk mencukupi kebutuhan ekonomi. Namun, dalam konteks sosial budaya masyarakat di Kabupaten Indramayu makna *luruh duit* seringkali berhubungan dengan aktivitas perempuan yang menjadi Pekerja Seks Komersial (PSK). Masuknya perempuan ke dalam aktivitas *luruh duit* dipengaruhi oleh beberapa faktor di antaranya adalah kemiskinan, gaya hidup, dan pandangan yang menempatkan perempuan sebagai objek atau komoditi bernilai ekonomi. *Luruh duit* dipandang sebagai cara termudah untuk memperoleh uang guna memenuhi kebutuhan ekonomi karena tidak membutuhkan dasar pendidikan dan keterampilan yang tinggi.

Pilihan *luruh duit* memang menjanjikan imbalan nominal rupiah yang cukup menggiurkan dibandingkan dengan imbalan yang diperoleh dengan bekerja sebagai buruh tani. Sebagai gambaran, imbalan yang diterima oleh mereka yang bekerja ‘*luruh duit*’ (baca:



menjadi PSK) bervariasi antara Rp. 25.000,- hingga Rp. 90.000,- untuk setiap pelanggan yang dilayani, hal itu tergantung dari reputasi sang PSK. Jumlah itu sudah dipotong setoran untuk sang majikan (*germo*) yang mengelola praktek prostitusi. Jika dalam satu malam, paling tidak, seorang PSK menerima tiga orang pelanggan, maka rata-rata penghasilan yang dapat dikumpulkannya dalam satu bulan ( $\pm$  20 hari efektif) minimal Rp. 1,5 juta, sebuah angka yang cukup menggiurkan dibandingkan dengan penghasilan sebagai seorang buruh tani biasa.

Tawaran penghasilan yang menggiurkan ini telah memicu banyak perempuan berbondong-bondong masuk dan mencoba “*luruh duit*” ke kota-kota besar. Mereka datang baik dengan kesadaran sendiri ataupun menjadi “korban” *trafficking* para calo yang ingin meraup keuntungan dari perempuan muda yang dipekerjakan sebagai PSK. Jakarta menjadi salah satu tujuan utama mereka yang ingin *luruh duit* dengan cepat, tempat tujuan favorit dari perempuan Indramayu adalah sebuah diskotik di wilayah Jakarta Barat. Menurut penuturan seorang tokoh masyarakat Desa Amis, reputasi perempuan Indramayu sebagai seorang pekerja seks sangat terkenal. Ada semacam ciri khas tersendiri bagi PSK dari Indramayu yang dikenal memiliki layanan istimewa yang memuaskan pelanggan, konon hal itu karena ramuan jamu khusus yang mereka konsumsi. Tak jarang PSK dari daerah lain mengaku berasal dari Indramayu untuk memudahkan menggaet pelanggan.

Fenomena perempuan yang bekerja *luruh duit* menjadi suatu yang biasa di masyarakat Kabupaten Indramayu. Pekerja *luruh duit* yang secara teratur mengirimkan penghasilannya kepada keluarganya di Indramayu berkontribusi membantu memenuhi kebutuhan ekonomi dan meningkatkan kesejahteraan keluarganya. Mereka bahkan sering dipandang sebagai “pahlawan” bagi keluarganya. Tidak ada resistensi ataupun pandangan negatif dari masyarakat sekitarnya terhadap profesi yang dijalankannya di kota. Bahkan tak jarang sebelum perempuan muda ini berangkat ke kota mereka mengadakan semacam syukuran dengan menggelar pengajian dan dihadiri oleh ulama atau tokoh agama setempat untuk mendoakan keselamatan dan kelancaran dalam mencari rejeki di kota.

Para pelaku *luruh duit* yang berhasil menjadi semacam patron bagi yang lain untuk diikuti jejaknya. Kesuksesan seorang pekerja “*luruh duit*” mudah terlihat dari peningkatan kesejahteraan keluarganya, bangunan rumah yang diperluas dan menjadi lebih bagus, serta pembelian aset bergerak seperti sepeda motor atau bahkan mobil. Kesuksesan ini mampu mendongkrak status sosialnya menjadi lebih tinggi dengan tingkat kepemilikan aset kekayaan yang meningkat. Seringkali hal itu menimbulkan kecemburuan sosial masyarakat di sekitarnya dan akhirnya mendorong mereka berlomba-lomba untuk meraup kesuksesan yang sama.

Posisi perempuan yang bekerja sebagai pekerja *luruh duit* sesungguhnya sangat rentan dari bahaya eksploitasi dan kekerasan baik dari calo, majikan ataupun pelanggan yang memanfaatkan jasanya. Seringkali perempuan menjadi korban penipuan dari para calo dan majikan yang menjeratnya dengan iming-iming pekerjaan sebagai pelayan toko tetapi setelah sampai di tempat tujuan ternyata mereka dimasukkan ke dunia prostitusi. Suka



atau tidak mereka harus bekerja sebagai PSK karena mereka telah dililit hutang harus membayar biaya perjalanan dan operasional mereka sebagai seorang PSK. Namun demikian banyak juga mereka yang melakukan pekerjaannya dengan sukarela bahkan telah disadari sepenuhnya dari awal sebelum berangkat ke kota. Mereka melakukannya tak lain karena didorong oleh situasi kemiskinan yang dialami keluarganya. Dalam situasi kemiskinan, perempuan dipandang sebagai objek komoditi bernilai ekonomi dan bisa dijual (*budaya luruh duit*) sehingga banyak perempuan baik berstatus anak atau istri terdorong masuk dalam dunia prostitusi karena dijual oleh keluarganya baik itu orangtua atau bahkan oleh suaminya sendiri.

Perilaku *luruh duit* sangat erat berhubungan dengan pencitraan perempuan Indramayu sebagai perempuan “gampangan”. Perempuan Indramayu identik dengan “perempuan nakal” atau perempuan yang memberikan layanan seksual kepada lelaki hidung belang. Begitulah pandangan masyarakat awam. Pandangan ini bila diruntut dari sisi sejarahnya tidak bisa dilepaskan dari konteks kemiskinan yang menjerat masyarakat Indramayu pada umumnya. Sebelum tahun 90-an, ada sebagian orangtua Indramayu yang dililit kemiskinan rela menjual anak gadisnya kepada laki-laki berduit. Banyak gadis muda ini terpaksa harus menerima nasibnya “dijual”, bahkan oleh orangtuanya sendiri untuk mengatasi keterbatasan ekonomi keluarganya. Pada akhirnya mereka terseret dalam prostitusi. Fenomena banyaknya gadis Indramayu yang masuk dalam dunia prostitusi ini berkontribusi pada adanya anggapan ataupun pencitraan negatif pada perempuan Indramayu.

Namun demikian seiring dengan dibukanya lowongan kerja ke luar negeri sekitar tahun 1990-an, fenomena menjual anak gadis ini mulai berkurang. Atau bahkan sudah tidak ada. Banyak di antara perempuan muda yang memilih bekerja sebagai Tenaga Kerja Wanita (TKW) yang bekerja di luar negeri. Tampaknya pilihan menjadi TKW dirasakan jauh lebih menarik dibandingkan bekerja di dalam negeri karena iming-iming gaji yang lebih besar. Hal itu mendorong perempuan muda yang berpendidikan rendah berbondong-bondong mendaftarkan diri menjadi TKW ke luar negeri. Namun demikian, proses pendaftaran khusus untuk perempuan Indramayu masih dipersulit. Ada ketakutan dari pihak Perusahaan Jasa Tenaga Kerja Indonesia (PJTKI) Jakarta terkait dengan *image* yang terlanjur melekat pada perempuan Indramayu bahwa kemungkinan besar di luar negeri nantinya hanya akan menjadi perempuan “nakal”.

Seiring dengan berjalannya waktu, apa yang ditakutkan PJTKI Jakarta tidak terbukti. Justru Tenaga Kerja Indonesia (TKI) Indramayu menunjukkan bahwa mereka bisa sukses memenuhi kebutuhan hidup dengan menjadi TKI di berbagai negara, termasuk salah satunya adalah ke Hong Kong. *Luruh duit* atau prostitusi menurut Tata Sudrajat, Ahli Manajemen Sosial alumni Universitas Indonesia, merupakan salah satu masalah besar yang dihadapi Kabupaten Indramayu sejak dulu sampai sekarang. Ini yang membuat Indramayu dikenal sebagai daerah pengirim PSK di Indonesia. Menurut Kantor Dinas Sosial dan Tenaga Kerja Indramayu, pada tahun 1999 terdapat 1.530 PSK. Pada tahun 2001 meningkat menjadi 1.752 orang, 25% berusia di bawah 18 tahun.

Tujuan dari warga yang '*luruh duit*' menurut Tata Sudarajat adalah untuk mencari *pesugihan* (kekayaan). Kekayaan ini tergambarkan sebagai suatu kesenangan supaya ekonominya tercukupi dan tidak kalah dengan orang lain, status sosialnya terangkat dan untuk masa depan yang lebih baik, serta supaya dapat membahagiakan seluruh keluarganya terutama orangtuanya, sehingga secara otomatis akan mendapat penghargaan dari orang-orang sekitarnya dan kebanggaan diri. Adapun kebutuhan untuk memperoleh kekayaan disebabkan oleh dorongan ekonomi karena miskin, sedangkan latar belakang pendidikan dan keterampilan yang dimiliki terbatas. Sementara keinginan bekerja di bidang lainnya membutuhkan tenaga yang berat. Kalaupun ingin bekerja di sektor pertanian seringkali terbentur dengan kendala tiadanya lahan atau tidak mempunyai sawah. Pada intinya, melakukan *luruh duit* didorong oleh adanya keinginan untuk memperoleh harta-kekayaan tanpa melalui kerja keras. Cerita sukses dari sebagian mereka yang melakukan *luruh duit* yang terlihat dari kepemilikan rumah yang bagus mendorong perempuan lain untuk ikut mencoba peruntungan nasibnya guna meningkatkan kesejahteraan diri dan keluarganya dengan cara melakukan *luruh duit*.

Dalam perjalanan, tidak seluruh pelaku *luruh duit* menuai keberhasilan. Kegagalan memperoleh kekayaan disikapi dengan penerimaan bahwa hal itu sebagai takdir atau nasib buruk. Biasanya mereka berhenti sementara kemudian mencari cara lagi untuk meraih kesuksesan. Beberapa cara merespons kegagalan adalah:

1. Mencari dukun yang ampuh
2. Melakukan operasi plastik
3. Menjadi kuli
4. Menjadi Pekerja Rumah Tangga (PRT)
5. Mencari suami

*Luruh duit* merupakan kebiasaan turun-temurun sehingga menjadi sesuatu yang terbuka dan diterima masyarakat, bahkan masyarakat sangat menerimanya. Selama ini tidak ada sanksi sosial karena dinilai sudah menjadi tradisi. Masyarakat sudah menyadari sebagai kejahatan, tetapi ada juga yang menganggapnya tidak demikian. Masyarakat memandang *luruh duit* bukan suatu kejahatan melainkan sebuah pekerjaan. *Luruh duit* sudah tidak dianggap sesuatu yang salah, bahkan menjadi kebanggaan. Dengan *luruh duit* mudah memperoleh uang dan tidak ada sanksi apapun baik dari pemerintah maupun masyarakat.

Ada sejumlah faktor yang ikut mempengaruhi cara mereka *luruh duit*, yaitu kemiskinan, gaya hidup, nilai anak perempuan sebagai komoditas, dan permintaan akan PSK yang tinggi untuk *trafficking*. Faktor kemiskinan merupakan pendorong utama yang mempengaruhi terjadinya *luruh duit*, akan tetapi hal ini bukan satu-satunya faktor, karena ada pula warga dan anak-anak yang meskipun miskin tetapi tidak melakukan *luruh duit*. Pada umumnya mereka hanya bekerja sebagai buruh tani dan berpendidikan SD. Bagi warga yang miskin, melakukan *luruh duit* dianggap sebagai jalan untuk mengatasi kemiskinan dimana mereka memperoleh keuntungan sekaligus. Pertama, bebas dari kewajiban mem-

nuhi kebutuhan hidup anak atau isteri yang *luruh duit* dan kedua, memperoleh keuntungan finansial.

Faktor gaya hidup, yang sering tampak dalam acara hajatan yang mengundang pementasan penyanyi dangdut dengan goyang erotis adalah adanya tradisi saweran. Sesungguhnya ironis, karena Indramayu merupakan daerah miskin, namun gaya hidup yang memboroskan uang merupakan acara yang paling digemari. Acara ini biasanya terjadi pada musim panen ketika mereka memperoleh pendapatan lumayan sekaligus merupakan acara syukuran. Setiap acara hajatan seperti pernikahan, sunatan, ataupun rasulan (sunatan bagi anak perempuan), hiburan harus selalu ada. Jenis hiburan menunjukkan tingkat status sosial ekonomi orangtua. Kelas atas adalah hiburan orkes dangdut, khas tarling Indramayuan atau Cirebonan. Kelas menengah dengan sandiwara, sementara kelas bawah cukup dengan organ tunggal.

Berkaitan dengan gaya hidup tersebut dan keterbatasan sumberdaya ekonomi, anak perempuan seringkali dianggap sebagai komoditas yang dapat dipertukarkan untuk kepentingan ekonomi. Nilai anak perempuan berkaitan dengan pandangan yang menempatkan posisi perempuan lebih rendah daripada laki-laki. Orangtua masih memandang bahwa perempuan hanya berada di wilayah domestik. Anak perempuan tidak perlu bersekolah tinggi karena pada akhirnya hanya kembali ke rumah, ke dapur, sumur, dan kasur melayani suami. Pandangan yang telah mengkonstruksi nilai anak perempuan tersebut menyebabkan angka putus sekolah tinggi. Anak perempuan kemudian menjadi TKW, PSK, pelayan café, atau PRT. Berdasarkan uraian tersebut terjadi eksploitasi terhadap anak oleh orangtua yang ditandai dengan:

- a. Perempuan berada di wilayah domestik, sehingga tidak perlu bersekolah tinggi.
- b. Anak perempuan adalah aset keluarga.
- c. Menjadikan anak perempuan sebagai PSK tidak dipahami sebagai kejahatan. Tidak ada contoh kasus orangtua diadili karena menjadikan anak perempuannya sebagai PSK.
- d. Kebiasaan menjadikan anak perempuannya sebagai PSK

Nilai anak perempuan yang dianggap sebagai komoditas ekonomi itu menjadikan wilayah tersebut menjadi penyedia PSK. Tuntutan pasar prostitusi adalah meminta anak gadis yang secara seksual belum pernah aktif. Permintaan PSK merupakan kebutuhan untuk mengisi industri seks yang cenderung menjadikan anak-anak sebagai sasaran utama. *Luruh duit* dimungkinkan karena adanya peran calo dan germo. Jaringan kerja calo dan germo sebagai bagian dari pemasok prostitusi dapat digambarkan berikut ini.

- Calo dan germo merupakan bagian dari jaringan perdagangan anak untuk prostitusi yang menyediakan calon-calon *luruh duit* untuk memenuhi permintaan akan PSK.
- Permintaan PSK merupakan kebutuhan untuk mengisi industri seks yang cenderung menjadikan anak-anak sebagai sasaran utama.
- Calo dan bahkan germo adalah warga satu desa dengan calon *luruh duit* sehingga

mempermudah informasi, pengiriman, dan komunikasi calo dan calon PSK.

- Calo dan germo mempunyai modal uang yang besar yang dapat memenuhi segera kebutuhan akan uang warga yang miskin.
- Calo dan germo sangat aktif mencari calon *luruh duit* karena secara finansial menguntungkan mereka. Semua beban biaya proses perekrutan dan pengiriman dibebankan kepada warga yang *luruh duit* sebagai utang. Hal ini menunjukkan adanya faktor eksploitasi terhadap anak.

Dalam hal prostitusi anak dan *trafficking*, pemerintah daerah mengeluarkan kebijakan dan Program Pemerintah Kabupaten Indramayu mengenai prostitusi tertuang pada Peraturan Daerah (Perda) Nomor 7 Tahun 1999 tentang Prostitusi yang diperbarui Perda No. 4 Tahun 2001 (Bagian Hukum Setda Kabupaten Indramayu, 2002: 1-8). Perda tersebut memuat 10 pasal, antara lain, larangan mendirikan atau mengusahakan serta menyediakan tempat untuk melakukan prostitusi, larangan untuk melakukan, menghubungkan, dan mengusahakan, dan menyediakan orang untuk melakukan perbuatan prostitusi, sanksi hukuman kurungan baik perempuan maupun laki-laki yang melakukan prostitusi selamalamanya enam bulan atau denda sebanyak-banyaknya Rp. 5.000.000,- (lima juta rupiah).

Adanya budaya *luruh duit* yang ada di masyarakat Indramayu dengan perempuan sebagai objek dalam lingkup prostitusi meningkatkan risiko adanya masalah kesehatan yang terkait dengan kesehatan reproduksi perempuan secara umum. Sementara itu, survei yang dilakukan WRI pada responden perempuan pada empat desa penelitian di Indramayu memperlihatkan adanya kecenderungan keluhan pada alat reproduksi perempuan yang angkanya tergolong tinggi dibandingkan dengan angka yang ditemukan di wilayah penelitian lainnya.

Masalah Seksualitas/IMS	
Sakit/nyeri pada alat kelamin	18,7
Bisul dan kutil pada alat kelamin	6,0
Gatal pada alat kelamin	41,7
Keputihan	71,7
Panas rasa terbakar pada alat kelamin	5,3
Sakit ketika berhubungan seks	17,0
Perdarahan pasca senggama	2,3
Nyeri perut bagian bawah	37,7

Dari beberapa gejala yang dialami perempuan, terbanyak adalah keluhan keputihan serta gatal pada alat kelamin. Adanya berbagai keluhan yang dialami perempuan sebagaimana data survei di atas mengindikasikan adanya masalah kesehatan yang terkait dengan infeksi menular seksual. Infeksi tersebut bisa disebabkan oleh faktor kurangnya kebersihan, air yang digunakan untuk membersihkan badan kurang bersih serta faktor gaya hidup individunya — termasuk di sini kecenderungan seks bebas yang menimbulkan risiko tertular penyakit menular seksual dari pasangannya.

Beberapa responden yang ditemui di wilayah penelitian rata-rata mengungkapkan rasa cemas, gelisah, malu bila dirinya menjumpai adanya keluhan pada organ reproduksinya. Ironisnya, hasil survei memperlihatkan sangat sedikit perempuan yang mengalami gejala IMS yang memeriksakan diri ke fasilitas layanan kesehatan di daerahnya. Sebagian besar (46,7%) justru memilih mengatasi sendiri berbagai keluhan yang dialaminya, sebagian lainnya memilih mengabaikan atau tidak mengobati keluhan yang dideritanya.

Mereka yang memilih mengatasi sendiri keluhannya, biasanya menggunakan berbagai cara pengobatan atau ramuan tradisional di antaranya adalah memakai *Tongkat Madura* untuk membuat vagina 'keset' atau tidak berlendir. Adapula jamu apu sirih yang diminum dua hari sekali berkhasiat membuat vagina rapat, bersih dan tidak ada lendirnya. Adapula jamu apu sirih delima putih yang diminum setelah menstruasi supaya tidak terjadi keputihan dan tidak berlendir atau 'keset'. Menurut responden yang sering menggunakan jamu tradisional, mereka merasakan khasiat dari ramuan tradisional tersebut. Mereka juga mendapat komentar positif dari suami yang menyatakan "beda, *nggak* bau amis, enak "dipakainya".

Selain penggunaan obat, ramuan ataupun jamu tradisional untuk mengatasi problem keluhan organ reproduksi, masyarakat Indramayu juga memanfaatkan berbagai pilihan pengobatan alternatif yang tersedia di lingkungannya untuk mengatasi berbagai keluhan kesehatan lainnya. Berikut ini adalah data ketersediaan pengobatan tradisional yang dapat dimanfaatkan oleh masyarakat Indramayu.

#### Pengobatan Tradisional (BATTRA) di Kabupaten Indramayu

No.	Jenis BATTRA	Jumlah
1.	Patah Tulang	15
2.	Jamu Gendong	230
3.	Pendekatan Agama	167
4.	Akupunktur	3
5.	Pijat Refleksi	14
6.	Tenaga Dalam	22
7.	Dukun Bayi	500
8.	Tabib	3
9.	Shin She	-
10.	Tukang Gigi	24
11.	Gurah	3
12.	Dukun Sunat	38
13.	Ramuan	49
14.	Paranormal	214
15.	Lainnya	54
16.	Kabupaten/Kota	1336

Sumber: Subdin Kesga Dinas Kesehatan Kabupaten Indramayu

Menurut catatan Dinas Kesehatan tahun 2006, jumlah penderita HIV-AIDS telah menunjukkan peningkatan cukup tajam, dari 14 kasus pada tahun 2005 menjadi 48 kasus pada tahun 2006.

### **Lilies**

Desa Amis, Kecamatan Cikedung, Kabupaten Indramayu

Lilies lahir 22 tahun yang lalu di Desa Amis, sebuah desa yang terletak di kecamatan Cikedung yang berjarak sekitar 30 km dari pusat kota Indramayu. Lilies panggilan akrabnya, telah berkeluarga dan memiliki satu orang anak berumur hampir tiga tahun. Setelah tamat SMP, Lilies kemudian hanya membantu orangtuanya di sawah. Bagi kebanyakan orangtua di desanya, memiliki anak perempuan pilihannya hanya dua, bekerja di kota atau menikah.

Pilihan ini membuat banyak perempuan dari Desa Amis menikah di usia muda, seperti pengakuan Lilies yang mengaku menikah di usia 18 tahun, walaupun suaminya hanya bekerja sebagai buruh tani dengan penghasilan tidak menentu. Dalam sebulan keluarga mereka sering mendapat penghasilan di bawah Rp. 600.000,-. Bersama anak dan suaminya Lilies hidup sangat prihatin. Mereka hanya mampu makan dua kali dalam satu hari. Walaupun tergolong keluarga miskin, Lilies sekeluarga belum memiliki kartu Askeskin, karena tidak satu kali pun petugas pernah datang mendata ke rumahnya dan menanyakan kemampuan keluarganya.

Sudah cukup lama Lilies mengalami beberapa masalah pada alat kelaminnya seperti gatal dan keputihan. Selain itu, setiap kali melakukan hubungan seks Lilies selalu merasa sakit pada perut bagian bawah persis di atas vagina. Gejala ini berulang-ulang dirasakannya, tetapi Lilies mengaku malu memeriksakan kondisinya dan tidak satu kali pun pernah datang ke Puskesmas memeriksakan keadaan kesehatannya.

Pasca persalinan pun Lilies mengalami pendarahan yang cukup banyak lebih dari tiga kain setiap harinya, walaupun proses persaliannya dibantu oleh bidan. Karena tidak memiliki kartu Askeskin Lilies harus membayar cukup mahal sebesar Rp. 300.000,- atas jasa bidan yang datang membantu persalinannya di rumah. Bidan memberinya suntikan. Selain itu, Lilies lebih senang minum jamu-jamuan yang banyak dijual di desanya untuk mengurangi rasa sakit dan keputihan yang dialaminya.

Fasilitas kesehatan yang ada di Desa Amis hanya ada Polindes di kantor desa, tetapi tidak digunakan oleh bidan desa, karena bidan tinggal di rumah pribadinya sekaligus melakukan praktek di situ. Puskesmas non perawatan yang terdekat, terletak di pusat Kecamatan Cikedung yang berjarak sekitar 5 km dari rumahnya dan harus menggunakan ojek. Hal lain yang diungkapkan Lilies, ia hanya mendengar dari beberapa kawannya saja mengenai pengetahuan tentang kesehatan, petugas kesehatan tidak banyak menjelaskannya mengenai hal itu. Bidan juga cukup sibuk memberikan pelayanan, sehingga tidak banyak informasi yang bisa didapat oleh Lilies. Faktor ini yang membuatnya tidak tahu harus melakukan apa terhadap banyak masalah kesehatan yang dialaminya saat ini.



## 5.2. Praktek Kawin Muda

Di Kabupaten Indramayu fenomena kawin muda banyak dijumpai. Rata-rata Usia Kawin Pertama (UKP) pada pasangan usia subur di Jawa Barat (termasuk Indramayu) masih rendah, yakni 17 tahun. Berdasarkan Survei Sosial Ekonomi Daerah (Suseda) Jabar, rata-rata usia kawin pertama tidak beranjak dari angka 17 tahun. Pada tahun 2003 (17,82), tahun 2004 (17,85), tahun 2005 (17,87), dan tahun 2006 (17,83). Di beberapa kota/kabupaten, usia kawin pertama bahkan masih jauh lebih rendah dari angka provinsi seperti Kabupaten Indramayu (17,10), Kabupaten Sukabumi (17,11), dan Kabupaten Cianjur (17,17). Bahkan, data Survei Dasar Kesehatan Indonesia (SDKI) 2002-2003 menunjukkan bahwa 126 dari 1.000 Perempuan Usia Subur (PUS) usia 15-19 tahun di Jawa Barat sudah pernah melahirkan. Kondisi itu menyebabkan rentang potensi perempuan melahirkan pada usia subur semakin besar, sehingga mendorong tingginya angka kelahiran.

Fenomena kawin muda terjadi karena masyarakat masih banyak yang terikat pada pola-pola tradisional. Pernikahan usia muda bagi perempuan dianggap sebagai sesuatu yang lazim, terutama di kalangan masyarakat ekonomi menengah ke bawah. Menikahkan anak gadis di usia belia setidaknya akan mengurangi beban ekonomi keluarga dalam memenuhi kebutuhan hidupnya. Sementara itu di sisi lain, kondisi ini akan mempersulit tercapainya penurunan laju pertumbuhan penduduk, menghambat upaya-upaya pemerintah daerah Indramayu dalam rangka meningkatkan angka Indeks Pembangunan Manusia (IPM). Dengan tingginya pernikahan usia muda juga akan cenderung mempersulit penurunan tingkat kematian bayi, angka harapan hidup menjadi pendek, dan pada akhirnya berkorelasi pada angka IPM<sup>31</sup> Indramayu yang tergolong paling rendah untuk kawasan Jawa Barat.

Tingginya angka UKP merupakan salah satu indikator keberhasilan Keluarga Berencana (KB) di daerah, selain tingginya kepesertaan KB, rendahnya Laju Pertambahan Penduduk (LPP), dan rendahnya *Total Fertility Rate* (TFR). Karenanya, upaya pendewasaan usia pernikahan perlu dilakukan guna melapangkan jalan bagi upaya pengendalian angka kelahiran penduduk. Saat ini, perkiraan rata-rata potensi perempuan melahirkan pada usia subur di Jabar ditentukan dengan angka TFR yang pada tahun 2006 besarnya 2,39. Pada tahun 2015 diharapkan angka TFR akan turun hingga menjadi 2,1.

Dalam situasi ekonomi keluarga yang terbatas, seringkali orangtua memilih tidak menyekolahkan anak perempuannya ke jenjang pendidikan yang lebih tinggi. Terbatasnya tingkat pendidikan dan keterampilan perempuan telah membatasi daya tawar perempuan untuk memperoleh pekerjaan di sektor formal, yang pada akhirnya berpotensi terseret masuk dalam kerja *luruh duit* yang dirasakan lebih mudah dilakukan.

Sudah menjadi hal yang lazim di dalam kelompok keluarga yang miskin, para orangtua dengan sengaja mempersiapkan anak gadisnya untuk bisa bekerja *luruh duit* bilamana

---

<sup>31</sup> Berdasarkan data dari Human Development Report, 1999 dan 2002.



belum menemukan jodoh. Menginjak usia akil baliq perempuan didorong lebih memperhatikan penampilan dirinya, mulai rajin merawat tubuh, meminum jamu untuk menampilkan aura kecantikannya, dan belajar berdandan agar segera menemukan jodoh atau sukses menjalani profesi *luruh duit* pada saatnya tiba. Anak gadis di kalangan keluarga miskin ibarat aset berharga bagi keluarganya. Di tangan mereka lah keluarga meletakkan harapan untuk bisa membantu meringankan beban ekonomi keluarga, baik dengan cara menikah secepatnya atau mencari nafkah dengan cara *luruh duit* ke kota. Perempuan seringkali tidak memiliki posisi tawar untuk bisa memilih dan memutuskan apa yang mereka ingin lakukan. Mereka harus tunduk pada kehendak orangtua, suami atau keluarga. Hal inilah yang menjadikan perempuan harus mengerjakan berbagai peran dalam keluarga.

Di Kabupaten Indramayu masih banyak ditemukan adanya pembagian kerja dalam keluarga yang timpang, perempuan menanggung beban ganda. Selain harus melakukan tugas-tugas rumah tangga, juga diharapkan ikut mencari nafkah bagi keluarganya. Hal itu membuat perempuan harus mencurahkan hampir seluruh waktunya untuk melakukan kerja domestik maupun publik. Hal tersebut berpengaruh pada terbatasnya perempuan dalam mengakses dan memanfaatkan fasilitas pelayanan publik. Mereka yang bekerja sebagai buruh tani harus bangun saat hari masih gelap guna memasak dan menyiapkan segala keperluan keluarganya, setelah itu baru pergi ke sawah hingga sore hari. Sepulang dari sawah mereka kembali harus berkutat dengan pekerjaan rumah tangga seperti membersihkan rumah, mencuci pakaian, serta mengasuh anak-anak. Pendek kata, sangat sedikit waktu yang tersisa bagi perempuan untuk melakukan kegiatan lain, bahkan untuk pergi ke fasilitas pelayanan kesehatan.

### 5.3. Beberapa Mitos atau Kepercayaan yang dikenal Perempuan Indramayu

Masyarakat Indramayu mengenal sejumlah mitos mengenai seksualitas, yang meliputi hal-hal seperti menstruasi, penyakit seksual, kehamilan, persalinan, dan pasca persalinan. Misalnya mengenai menstruasi, mereka percaya bahwa saat menstruasi dilarang makan gorengan karena membuat darahnya menjadi banyak dan tidak segera berhenti. Tidak boleh makan nasi yang sudah dihangatkan lagi (disebut nasi ladang) karena bisa menyebabkan darah menstruasi keluar lagi setelah bersih.

Dalam hal yang berkaitan dengan penyakit alat reproduksi seperti keputihan yang sering dialami kaum perempuan, menurut mereka hal ini bisa disebabkan karena makan buah nenas, karenanya perempuan dianjurkan tidak mengonsumsi buah nenas. Sementara untuk penyakit HIV/AIDS, responden menganggap bahwa mereka yang sering berhubungan seks dengan PSK yang mengidap penyakit, maka mereka memiliki peluang besar untuk tertular HIV/AIDS.

Beberapa kepercayaan ataupun mitos yang dipercaya oleh sebagian besar perempuan Indramayu di antaranya berkaitan dengan kehamilan. Dalam mitos ini ada beberapa pantangan yang harus dilakukan oleh perempuan hamil, yaitu tidak boleh makan ikan laut,

cumi dan udang karena berakibat pada anak yang sedang dikandungnya akan terlambat lahir, tidak boleh makan kerak nasi karena anaknya yang lahir jadi ada keraknya. Tidak boleh tidur siang, karena dikhawatirkan bayinya banyak lemaknya. Selain itu saat hamil perempuan dilarang berjalan dengan langkah lebar-lebar karena dikhawatirkan membuat anaknya menjadi lebar.

Perempuan yang sedang hamil rambutnya tidak boleh diurai panjang karena dikhawatirkan bisa kerasukan kuntilanak. Kalau pada malam hari ke luar rumah harus membawa pisau atau benda tajam untuk menjaga keselamatan diri dan bayinya. Bilamana ditemukan kejadian bayi yang mati dalam kandungan, maka masyarakat menganggap hal itu bisa terjadi karena adanya pengaruh makhluk ghaib yang menimpa ibu hamil, hal tersebut dipercaya bisa memberi efek “kesamber” (Jawa=kerasukan setan) sehingga mengakibatkan bayi dalam perut meninggal. Karenanya ada anjuran agar perempuan hamil yang ke luar rumah senantiasa menyelipkan sebilah pisau kecil di balik bajunya untuk menjaga dirinya dari segala gangguan. Anjuran tersebut tentu saja bertentangan dengan nasehat bidan yang justru melarang perempuan hamil membawa pisau karena dikhawatirkan akan dapat melukai dirinya dan menyebabkan infeksi.

Selain berbagai mitos tersebut, ada pula yang berkaitan dengan persalinan dan pasca persalinan. Misalnya, masalah yang terkait dengan proses melahirkan dimana biasanya perempuan mengalami perdarahan, bayi susah lahir, ASI tidak keluar, keluhan keputihan, dan gatal-gatal. Karenanya berbagai mitos yang berkembang di masyarakat bertujuan untuk menjaga berbagai hal yang dikhawatirkan dapat memicu terjadinya keluhan-keluhan tersebut. Ada sebuah anggapan yang berkembang di masyarakat bahwa terjadinya perdarahan pada perempuan saat melahirkan, disebabkan perempuan tersebut telah lama kesulitan memiliki anak (sulit hamil), sehingga ketika hamil akan mengalami kesulitan juga pada waktu melahirkan dan mengalami banyak perdarahan.

Saat ibu hamil tua dianjurkan minum minyak kelapa yang dicampur dengan jeruk nipis setiap hari selama trimester terakhir kehamilan. Hal itu dilakukan dengan tujuan agar persalinan berjalan lancar dan cepat. Setelah melahirkan ada beberapa pantangan dan anjuran yang harus diikuti, diantaranya adalah anjuran duduk di tempat bekas abu tungku dapur yang dibungkus daun dan dilapisi kain sampai 40 hari, hal ini dimaksudkan agar jalan lahir cepat rapat lagi dan bekas luka persalinan cepat kering. Besoknya setelah duduk di abu panas biasanya darah hitam yang bergumpal langsung ke luar, hal itu membuat badan ibu menjadi lebih nyaman dan sehat. Ada anjuran dari dukun untuk makan sirih agar rapat, selain itu perut dan badannya dipijat untuk melemaskan semua otot, karena setelah melahirkan semua otot menjadi kaku. Dukun juga membetulkan posisi rahim dan menyarankan minum jamu untuk orang melahirkan satu paket lengkap berupa beras kencur, anggur cap kepala orangtua, selain itu juga tidak boleh makan nanas dan timun supaya tidak mengalami keputihan.

Saat ibu sedang masa menyusui dilarang makan segala ikan, terutama ikan laut, seperti ikan kiper. Disarankan untuk makan dengan lauk tempe yang direbus tanpa bumbu.

Makan tempe rebus ini dilakukan selama 40 hari penuh pasca persalinan dengan tujuan untuk membantu mempercepat keringnya luka setelah proses persalinan. Setelah bersalin dianjurkan untuk tidak tidur siang, karena dapat menyebabkan darah naik ke mata dan mengakibatkan mata menjadi rabun (pakai kacamata minus). Dalam kenyataannya, diakui oleh beberapa responden yang melakukan pantang segala lauk kecuali tempe setelah melahirkan, hal itu membuat badan terasa sangat lemah tidak bertenaga. Namun, biasanya para perempuan tetap menjalankan anjuran pantang makanan tersebut karena dipaksa oleh orangtua dengan alasan demi kebaikan sang anak. Berbagai mitos atau kepercayaan tersebut saat ini sudah mulai banyak berubah karena adanya tenaga kesehatan khususnya bidan dan dokter yang banyak memberikan penyuluhan kesehatan kepada masyarakat.

## 6. Kemiskinan dan Masalah Kesehatan Perempuan di Kabupaten Lebak

Kabupaten Lebak merupakan daerah miskin yang terdapat berbagai nilai yang mempengaruhi perilaku masyarakatnya dalam mengatasi masalah kesehatan. Nilai-nilai tersebut dalam praktiknya dapat menghambat masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatan yang dialaminya. Seperti nilai atau kepercayaan yang sangat tinggi kepada dukun beranak atau paraji, kepercayaan masyarakat terhadap pengobatan tradisional, kepercayaan bahwa banyak anak banyak rejeki dan kepercayaan terhadap pandangan bahwa banyak anak rumah tidak sepi. Selain itu, nilai dan kepercayaan masyarakat Baduy<sup>32</sup> yang tidak mengenal modernisasi, nilai-nilai patriarki yang cenderung merendahkan perempuan, dan nilai-nilai hasil interpretasi agama.

Di daerah Lebak terdapat satu budaya yang masih banyak dianut oleh masyarakatnya. Budaya yang dimaksud adalah budaya “rembugan” atau yang dalam istilah bahasa Indonesia adalah musyawarah. Dalam praktiknya, masyarakat mengajak musyawarah anggota keluarganya untuk mengatasi masalah yang dialaminya, termasuk masalah kesehatan. Anggota keluarga yang biasanya dilibatkan dalam musyawarah ini tidak hanya keluarga *batih* saja. Musyawarah keluarga ini biasanya melibatkan keluarga besar, seperti suami, istri, orangtua, mertua, paman, dan bibi.

Dalam kaitannya dengan kesehatan, budaya ini ternyata juga dapat memberikan dampak negatif. Terutama jika berkaitan dengan proses persalinan untuk kehamilan yang bermasalah. Kondisi perempuan yang mengalami masalah dalam persalinan dan membutuhkan penanganan secara cepat dapat terhambat oleh budaya ini. Sementara, proses “rembugan” jelas membutuhkan waktu lama, karena anggota keluarga tinggal agak berjauhan sehingga harus diberitahu terlebih dahulu jika akan ada musyawarah keluarga.

---

<sup>32</sup> Masyarakat Baduy (suku Baduy) adalah kelompok masyarakat yang tinggal di pedalaman Jawa Barat. Nama Baduy diambil dari nama sungai yang melewati wilayah itu, yaitu Sungai Cibanduy. Di akses dari, [http://members.tripod.com/~st\\_benny/perjalanan/badui/suku\\_badui.htm](http://members.tripod.com/~st_benny/perjalanan/badui/suku_badui.htm).

Selain itu, proses musyawarah yang diikuti oleh sejumlah anggota keluarga tentu saja tidak dapat dilaksanakan dengan sangat cepat. Apalagi, jika dalam musyawarah tersebut ditemukan adanya masalah yang paling mendasar, yaitu masalah biaya. Berkaitan dengan kemiskinan, tentu hal ini akan membutuhkan waktu yang lama dalam memutuskannya. Apalagi, dalam proses tersebut tidak menutup kemungkinan akan terjadi perbedaan pendapat sehingga dibutuhkan adanya adu argumentasi hingga sampai pada satu keputusan.

Lamanya proses musyawarah dapat memberikan dampak negatif terhadap kondisi perempuan, karena jelas dapat menghambat perempuan untuk segera mendapatkan pelayanan. Bahkan, tidak menutup kemungkinan bagi perempuan yang kondisinya parah yang menuntut penanganan segera akan mengalami kematian, karena harus menunggu keputusan dari hasil proses musyawarah keluarga terlebih dahulu. Berkaitan dengan budaya ini, Ketua Ikatan Bidan Indonesia (IBI) dan Kepala Seksi Kesehatan Ibu Kabupaten Lebak mengatakan bahwa budaya rembugan juga disebabkan oleh tidak adanya perencanaan dalam keluarga sebagaimana pernyataan berikut.

“Budaya *rembugan* keluarga sangat memakan waktu lama sehingga dalam kondisi kegawatdaruratan dapat mengakibatkan hal-hal yang tidak diinginkan terkait dengan kondisi istri. Hal ini juga disebabkan karena suami tidak mempunyai perencanaan yang jelas sebelumnya terkait dengan kehamilan istrinya. Selain itu, suami juga disudutkan oleh kondisi ekonomi yang tidak mampu menutupi kebutuhan terkait dengan kehamilan dan persalinan. Suami juga tidak bisa mengambil keputusan istri harus dibawa kemana akan melakukan persalinan ketika tidak mempunyai uang. Kasus kegawatdaruratan semacam ini banyak terjadi di Lebak. Keterlambatan dalam pertolongan persalinan juga banyak disebabkan oleh masalah ekonomi.”<sup>33</sup>

Selain budaya di atas, terdapat nilai-nilai yang juga mempengaruhi masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatan. Salah satu nilai yang dimaksud adalah adanya kepercayaan masyarakat terhadap dukun beranak terutama dalam menolong persalinan. Kepercayaan masyarakat terhadap dukun beranak dalam menolong persalinan menguat dan diyakini sebagai warisan budaya yang turun-temurun. Pemilihan masyarakat untuk meminta bantuan kepada dukun beranak juga didorong oleh saran dan anjuran dari orang tua dan mertua. Hal ini sebagaimana diceritakan oleh salah seorang perempuan di Lebak<sup>34</sup>

“Saya waktu melahirkan, ditolong oleh dukun. Waktu itu ibu mertua saya langsung menyuruh suami saya untuk memanggil dukun saja. *Ya udah*, akhirnya saya dibantu sama dukun. Lagian kalau panggil bidan saya nggak punya uang karena katanya mahal. Saya *nggak* tahu *sib* berapa, tapi kata orang-orang mahal kalau minta tolong bidan.”

<sup>33</sup> Berdasarkan hasil wawancara dengan Ketua IBI dan Kasi Kesehatan Ibu Kabupaten Lebak, April 2008

<sup>34</sup> Berdasarkan hasil wawancara dengan salah seorang responden di Desa Pasir Tanjung, Kecamatan Rangkasbitung, Kabupaten Lebak, April 2008.

Apalagi, dukun beranak juga memberikan pelayanan sesuai tradisi yang berlaku di masyarakat. Kemampuan dukun beranak ini selanjutnya semakin menguatkan masyarakat dalam memilihnya untuk menolong persalinan. Tidak hanya itu, kemampuan dukun beranak sesuai dengan tradisi, telah menyebabkan dukun beranak sangat dipercayai pernyataannya. Selain itu, dukun beranak juga dianggap mempunyai keahlian dalam hal yang terkait dengan hal-hal mistis. Dukun beranak juga dianggap mempunyai keahlian dan pengetahuan terkait dengan jamu-jamu dan obat-obatan tradisional. Dukun beranak juga dianggap mempunyai kemampuan dalam meramu jamu-jamuan dan obat-obatan secara tradisional.

Kondisi ini selanjutnya membuat masyarakat menjadi percaya dengan anjuran dan pantangan yang diberikan oleh dukun beranak. Padahal, anjuran tersebut belum tentu benar adanya jika dilihat secara medis. Salah satu contoh anjuran yang jika dilihat dari sisi medis justru merugikan perempuan adalah bahwa perempuan pasca persalinan dianjurkan untuk memakan makanan yang serba direbus atau kukus. Perempuan pasca persalinan tidak diperbolehkan untuk makan makanan atau buah matang.

Selain faktor kepercayaan terhadap kemampuan dan keahlian dukun beranak, terdapat faktor lain yang juga mendukung pemilihan masyarakat untuk meminta bantuan pelayanan kepada dukun. Faktor yang dimaksud adalah jarak yang dekat. Dukun beranak biasanya merupakan warga desa di daerah setempat. Hal ini selanjutnya membuat akses masyarakat untuk mendapatkan bantuan dari dukun tidak membutuhkan banyak biaya dan transportasi. Masyarakat tidak perlu mengeluarkan biaya transportasi untuk meminta bantuan dukun beranak.

Hal lain yang juga mendukung akses masyarakat terhadap dukun beranak adalah adanya biaya pelayanan yang cenderung lebih murah dibanding tenaga kesehatan. Dukun beranak tidak menentukan tarif untuk jasa pelayanan yang diberikan. Dukun beranak menerima berapa pun uang yang diterima oleh masyarakat. Jadi, masyarakat sendiri yang menentukan biayanya berdasarkan kemampuan dan keikhlasannya. Selain faktor-faktor tersebut, dukun beranak juga bersedia untuk datang ke rumah masyarakat yang membutuhkan kapanpun waktunya. Dukun beranak siap dipanggil selama 24 jam. Ketersediaan waktu yang dimiliki oleh dukun beranak sebanyak 24 jam tersebut jelas mempermudah akses masyarakat dalam meminta bantuan kepada dukun beranak.

Kepercayaan masyarakat untuk meminta bantuan persalinan kepada dukun beranak tidak tergantung pada kondisi ekonomi masyarakat. Tingkat perekonomian yang tinggi tidak serta merta dapat mempengaruhi masyarakat untuk meminta bantuan persalinan kepada bidan. Padahal, kepercayaan masyarakat tersebut sangat rentan dengan kasus kematian ibu. Kepercayaan tersebut juga rentan dengan terjadinya kematian pada bayi. Hal ini terbukti dengan banyaknya kasus kematian bayi sungsgang yang lehernya terjepit karena dukun beranak memaksa untuk tetap melakukan persalinan. Selain itu, dukun beranak juga tidak melakukan pemeriksaan terhadap adanya kemungkinan resiko pada ibu hamil yang akan ditolongnya.

Masyarakat Kabupaten Lebak selain percaya pada hal-hal yang bersifat tahayul, juga masih banyak yang menganut pandangan “banyak anak banyak rezeki”. Masyarakat Lebak masih banyak yang berpandangan bahwa dengan banyaknya anak yang dimiliki, maka Allah akan memberikan rezeki yang lebih banyak pula. Masyarakat juga meyakini bahwa anak yang dilahirkan membawa rezekinya masing-masing. Hal ini sebagaimana dituturkan oleh responden di Lebak<sup>35</sup>.

“Anak saya memang banyak, tapi ya mau *gimana* lagi. Saya *mah* pasrah *aja*, *kan* katanya rejeki itu di tangan Allah. Lagian kan anak itu *mah* bawa rejeki masing-masing, begitu katanya yang saya dengar dulu”.

Pandangan ini dapat memberikan dampak negatif kepada kesehatan, terutama kesehatan perempuan. Dampak negatif yang dapat ditimbulkan adalah kematian ibu dan kematian bayi. Perempuan dan keluarga yang menganut pandangan ini tidak pernah memperhitungkan berapa jumlah anak yang dimilikinya dan tidak memahami bahwa banyak anak dapat mempengaruhi kondisi kesehatan ibu yang melahirkan. Mereka tidak memahami bahwa perempuan dengan kondisi demikian sangat rentan mengalami kematian. Selain itu, mereka yang berpandangan dengan keyakinan ini biasanya mempunyai anak dengan jarak yang dekat. Padahal, kondisi ini juga sangat rentan dan dapat menyebabkan terjadinya kematian ibu. Pandangan ini memang sudah mengalami pergeseran nilai di masyarakat. Namun, masih banyak masyarakat di daerah Lebak yang masih mengikuti nilai ini. Terutama masyarakat di pedesaan yang jauh dari perkotaan. Di daerah pedesaan di Kabupaten Lebak, masih banyak ditemukan perempuan yang mempunyai anak lebih dari enam orang, bahkan ada beberapa perempuan yang mempunyai anak lebih dari 12 orang.

Salah satu nilai yang juga dapat merugikan perempuan terkait dengan kesehatannya adalah pandangan bahwa banyak anak rumah tidak sepi. Sebagian dari masyarakat Lebak juga masih berpandangan bahwa dengan mempunyai banyak anak, maka mereka tidak akan mengalami rasa sepi di rumahnya sendiri. Pada umumnya, ketika anak sudah besar dan sudah menikah, mereka akan berpisah dan menempati rumahnya sendiri. Kondisi ini selanjutnya memunculkan pemikiran untuk mempunyai banyak anak agar terhindar dari rasa sepi. Hal ini sebagaimana diungkapkan oleh salah seorang responden<sup>36</sup>.

“Menurut saya *mah enakan* punya banyak anak Neng, rumah jadi *nggak* sepi. Kalau cuma punya anak dua, nanti kalau sudah pada *gede* dan nikah terus punya rumah sendiri, kita mau tinggal sama siapa kalau sudah tua.”

<sup>35</sup> Berdasarkan penuturan salah seorang responden di Desa Cikarang, Kecamatan Muncang Kabupaten Lebak, April 2008.

<sup>36</sup> Sebagaimana penuturan salah seorang responden di Desa Ciminyak, Kecamatan Rangkasbitung, Kabupaten Lebak, April 2008.



Nilai tradisional yang juga berpengaruh terhadap kesehatan reproduksi perempuan adalah nilai-nilai, kepercayaan, dan adat-istiadat yang dianut oleh masyarakat Baduy. Di Lebak, nilai-nilai, kepercayaan, dan adat-istiadat tersebut justru dilestarikan. Bahkan, untuk melindungi nilai-nilai, adat-istiadat, dan kepercayaan masyarakat Baduy sebagai suku asli dari daerah ini, Pemerintah Kabupaten Lebak mengeluarkan Perda terkait. Keberadaan Perda ini juga dimaksudkan untuk melakukan pembinaan dan pengembangan terhadap adat-istiadat Baduy sehingga kebudayaan dan adat-istiadat Baduy bisa dilestarikan.

Padahal, jika dilihat lebih jauh, nilai-nilai, adat-istiadat, dan kepercayaan masyarakat Baduy tersebut dalam implementasinya dapat berakibat buruk terhadap kesehatan, terutama kesehatan reproduksi perempuan. Beberapa nilai yang dimaksud adalah sebagai berikut.

1. Tidak mau mengenal modernisasi
2. Tidak boleh sekolah
3. Tidak boleh bepergian dengan naik kendaraan
4. Tidak boleh menggunakan peralatan elektronik
5. Tidak boleh menggunakan perabotan rumah tangga yang mewah
6. Melahirkan di luar wilayah Baduy adalah merupakan bentuk pelanggaran yang dapat dikenai sanksi

Nilai-nilai di atas jelas sangat memberatkan perempuan, apalagi ketika perempuan mengalami masalah kesehatan reproduksi. Kepercayaan dan kepatuhan masyarakat terhadap nilai-nilai tersebut selanjutnya membuat masyarakat tidak berpendidikan dan susah dalam mengakses serta memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan. Lebih jauh lagi, masyarakat akan memilih dukun beranak dalam melakukan persalinan. Kondisi ini jelas mendorong terjadinya Angka Kematian Ibu (AKI). Apalagi dengan adanya aturan dalam masyarakat Baduy mengenai larangan untuk menggunakan segala fasilitas yang terkait dengan modernisasi. Aturan ini selanjutnya melarang adanya alat transportasi masuk ke wilayah suku Baduy. Hal ini menyebabkan sulitnya tenaga kesehatan untuk masuk dalam wilayah suku Baduy karena harus berjalan kaki. Selain itu, aturan ini juga menyebabkan banyaknya persalinan oleh dukun beranak.

Sementara, di sisi lain, masyarakat Baduy juga mempunyai aturan bahwa perempuan dilarang untuk melahirkan di luar wilayah Baduy. Perempuan yang melakukan persalinan di luar wilayah dianggap melanggar peraturan dan akan dikenai sanksi adat. Saat ini, kepercayaan akan nilai-nilai Baduy tersebut memang mengalami pergeseran meskipun tidak cukup signifikan. Pergeseran nilai terjadi pada masyarakat Baduy luar yang menjadi penghubung antara masyarakat Baduy dalam dengan masyarakat luar. Masyarakat Baduy luar saat ini bisa menerima kehadiran bidan. Tidak hanya itu, sebagian dari mereka juga sudah ada yang bersekolah. Sementara pergeseran nilai belum terjadi pada masyarakat Baduy dalam.



Selain nilai tersebut di atas, nilai-nilai patriarki juga sangat mempengaruhi relasi kuasa laki-laki dan perempuan. Yaitu nilai yang menempatkan laki-laki lebih tinggi dibanding perempuan, dalam kondisi tertentu, menyebabkan laki-laki menjadi “menangan” atau selalu ingin menang dan cenderung seenaknya dalam memperlakukan perempuan. Nilai-nilai patriarki yang dimaksud ini dapat berupa pembagian peran antara laki-laki dan perempuan. Di Kabupaten Lebak, perempuan di tempatkan dalam peran domestik, seperti menyapu, membersihkan rumah, memasak, mencuci, dan lain sebagainya.

Pembagian peran ini dalam masyarakat sudah berlaku secara baku. Akibatnya, laki-laki cenderung tidak mau tahu dengan tugas-tugas domestik. Selain itu, posisi laki-laki yang ditempatkan dalam peran publik menyebabkan laki-laki dapat berlaku sesuka hatinya karena kerja publik menghasilkan uang. Pembagian peran ini dapat merugikan dan melemahkan posisi perempuan. Dalam kondisi tertentu, pembagian peran dan masih kentatnya nilai-nilai patriarki dapat berpengaruh terhadap kesehatan reproduksi perempuan. Bakunya pembagian peran antara laki-laki dan perempuan tersebut membuat perempuan yang sedang mengalami kehamilan harus tetap bekerja menyelesaikan masalah rumah tangganya.

Tidak hanya itu, peran publik laki-laki yang menghasilkan uang dapat menjadikan laki-laki memiliki otoritas atas tubuh perempuan. Akibatnya, laki-laki cenderung menjadi penentu kebijakan dalam rumah tangga. Perempuan diposisikan harus menurut dan mengikuti keputusan yang dibuat secara sepihak kepada laki-laki. Termasuk dalam hal ini adalah keputusan meminta bantuan persalinan. Perempuan cenderung menurut keputusan suami untuk meminta bantuan persalinan kepada dukun beranak sebagaimana pengalaman dari salah seorang responden<sup>37</sup>.

“Waktu melahirkan saya ditolong sama paraji. Waktu itu suami saya yang memanggilnya. Saya *mah nurut aja* sama suami. Karena suami saya memanggil dukun saya juga *ngikut aja*. Saya waktu mau melahirkan, saya pingsan. Terus suami saya memanggil paraji. Jadi saya *nggak* ikut *mutusin* mau *manggil* siapa. Lagian kalau mau *manggil* bidan, saya *nggak* ada biaya karena katanya mahal kalau *manggil* bidan”.

Salah satu nilai yang juga berpengaruh terhadap kesehatan perempuan di Lebak adalah nilai-nilai yang merupakan hasil interpretasi terhadap agama. Salah satu nilai hasil interpretasi agama yang sangat berpengaruh terhadap kesehatan reproduksi perempuan di Lebak adalah yang terkait dengan masalah KB. Interpretasi agama diyakini masyarakat sebagai ajaran agama yang harus diikuti. Terkait dengan KB, muncul interpretasi bahwa agama Islam melarang KB dengan menggunakan alat kontrasepsi berupa IUD, yaitu alat yang harus dimasukkan ke vagina. Larangan penggunaan IUD tersebut disebabkan oleh

<sup>37</sup> Berdasarkan hasil wawancara dengan salah seorang responden yang berasal dari Desa Cikarang, Kecamatan Muncang, Kabupaten Lebak, April 2008.

adanya kondisi bahwa petugas kesehatan harus membuka aurat perempuan ketika hendak memasang alat tersebut.

Selain KB, terdapat interpretasi agama Islam lainnya yang juga dapat berdampak kepada kesehatan perempuan. Interpretasi yang dimaksud adalah bahwa agama Islam melarang perempuan atau istri untuk melawan kepada suami. Perempuan atau istri harus selalu mematuhi suami. Termasuk dalam hal ini adalah jika suami menginginkan untuk melakukan hubungan seksual. Dalam interpretasi agama, perempuan atau istri akan mendapat laknat jika tidak menuruti keinginan suami. Padahal, dalam kondisi tertentu hal ini bisa dapat membahayakan kesehatan perempuan. Terutama ketika istri atau perempuan sedang dalam keadaan sakit, hamil atau menstruasi.

Perempuan di Kabupaten Lebak juga menghadapi berbagai bentuk kemiskinan yang berkarakter gender. Bahkan kemiskinan ini cenderung merupakan pemiskinan perempuan. Pemiskinan tersebut berjalan melalui kebijakan, dan nilai-nilai budaya seperti pandangan yang merugikan perempuan yang sudah menikah. Perempuan Lebak yang sudah menikah dianggap tabu jika masih banyak beraktifitas di luar rumah atau sering keluar. Bagi mereka, perempuan yang sudah menikah seharusnya mengurus suaminya dan menyenangkan suaminya. Jika ada perempuan yang sudah menikah dan tetap mempunyai banyak aktifitas atau sering keluar rumah, masyarakat akan memberikan komentar sebagaimana yang dialami oleh salah seorang responden sebagai berikut:<sup>38</sup>

“Ketika saya menikah, tetapi tetap aktif dan sering ke luar rumah, saya sering diomongin sama orang. Mereka bilang, “hei kamu sudah menikah kok masih sering pergi-pergi *sib*. Orang tuh kalau sudah menikah jangan sering ke luar rumah, harusnya *mah ngurusi* suami saja atau berdandan untuk suami”. Orang juga ada yang bilang, “*kok* kamu sudah nikah masih boncengan sama laki-laki, masih sibuk di luar, nanti suami kamu cemburu”. Pokoknya, waktu saya menikah itu banyak yang komentar kalau setelah saya menikah itu pasti saya sudah tidak bisa aktif lagi dan tidak bisa beraktifitas di luar rumah lagi”

Pandangan tersebut merugikan perempuan karena membatasi gerak dan aktifitas perempuan di luar rumah. Dampak selanjutnya adalah perempuan menjadi terbatas dalam hal membangun jaringan atau berelasi sosial. Selain itu, pandangan tersebut juga menjadikan perempuan terbatas dalam mengakses ekonomi. Akibatnya beban kerja perempuan menjadi tinggi. Perempuan Lebak mempunyai tanggungjawab dan beban kerja terkait dengan semua urusan rumah tangga. Tugas dan beban kerja yang dimiliki oleh perempuan Lebak adalah mengurus anak, suami, dan keluarga. Perempuan Lebak mempunyai tanggungjawab penuh terhadap anaknya sejak berada di kandungan hingga lahir, dan dewasa. Perempuan mempunyai beban untuk memandikan dan merawat bayi. Perempuan juga mempunyai beban kerja untuk mendidik anaknya. Tidak hanya itu, perempuan Lebak

<sup>38</sup> Berdasarkan penuturan salah seorang narasumber di daerah Rangkasbitung, Kabupaten Lebak, 16 April 2008

juga bertanggung-jawab untuk memenuhi kebutuhan suami. Mereka mengatur dan membersihkan rumah mulai menyapu, mengepel, memasak, dan lain sebagainya. Dalam menjalankan beban tersebut, perempuan bekerja mulai dari pagi hingga malam. Panjangnya waktu kerja yang dimiliki oleh perempuan tidak berdampak pada peningkatan ekonomi perempuan sebagaimana laki-laki bekerja. Kondisi ini jelas merupakan salah satu bentuk pemiskinan perempuan. Sementara, di satu sisi dan dalam kondisi ekonomi tertentu, perempuan Lebak juga harus bekerja untuk menghidupi keluarganya. Pembagian kerja ini tidak hanya terkait dengan nilai-nilai tradisional namun juga nilai agama.

Mayoritas masyarakat adalah beragama Islam, banyak pandangan dan nilai-nilai yang merupakan tafsir agama yang cenderung mempengaruhi cara pandang terhadap kematian ibu melahirkan. Salah satu bentuk nilai atau pandangan yang berkembang dan diyakini oleh masyarakat adalah bahwa perempuan yang meninggal karena melahirkan adalah mati syahid. Bagi perempuan yang mengalami mati syahid ini secara otomatis akan masuk surga. Adanya nilai dan pandangan ini dalam pelaksanaannya juga sangat merugikan perempuan, dan tidak mendorong upaya penurunan AKI.

Nilai dan pandangan tersebut selanjutnya sangat berpengaruh terhadap proses dan kesiagaan tindakan penanganan dan pemberian bantuan kepada ibu hamil dan melahirkan. Adanya nilai dan pandangan tersebut membuat keluarga dan masyarakat menjadi kurang melakukan tindakan pertolongan yang maksimal dalam membantu masalah persalinan. Apalagi, proses untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dari petugas masih membutuhkan berbagai upaya dalam bentuk uang dan transportasi yang tersedia. Layanan persalinan yang terbatas tersebut mendorong mereka untuk memanfaatkan dukun beranak.

Di Kabupaten Lebak, terdapat banyak dukun beranak yang terkenal dengan sebutan paraji. Keberadaan paraji tersebar di seluruh desa dan kelurahan yang ada di kabupaten ini. Keberadaan paraji tersebut menunjukkan bahwa mereka juga memberikan pelayanan sampai daerah perkotaan. Bahkan, jumlah paraji yang ada di masing-masing desa dan kelurahan di daerah ini rata-rata adalah lebih dari satu orang. Umumnya, jumlah paraji di masing-masing desa dan kelurahan adalah tiga orang. Persebaran paraji di seluruh penjuru desa dan kelurahan di wilayah ini membuat sebagian besar masyarakat Lebak masih mempunyai kepercayaan yang sangat tinggi kepada berbagai bentuk pelayanan kesehatan secara tradisional, termasuk yang diberikan oleh dukun beranak. Nilai-nilai tersebut terutama sangat dimiliki oleh para generasi tua dalam hal ini orang tua dan mertua. Namun, para generasi muda yang ada di Lebak juga banyak yang meminta pelayanan terkait dengan kehamilan dan persalinan kepada dukun beranak. Apalagi, hal itu juga didorong oleh keberadaan para generasi tua yang dalam banyak keluarga di Lebak masih dominan dalam mengambil keputusan. Termasuk dalam hal ini adalah keputusan untuk meminta bantuan pelayanan kesehatan terkait dengan kehamilan dan persalinan kepada dukun beranak. Keputusan masyarakat Lebak untuk meminta bantuan persalinan kepada dukun beranak dilatarbelakangi oleh beberapa alasan, seperti ekonomi, lebih dekat jaraknya, tidak adanya tenaga kesehatan, lebih *fleksibel*, dan lain sebagainya.

Berbagai alasan yang melatarbelakangi perempuan untuk lebih mengakses pelayanan persalinan kepada dukun beranak dapat dikategorikan sebagai salah satu bentuk pemiskinan terhadap perempuan. Pemiskinan terhadap perempuan dalam kondisi ini ditunjukkan oleh tidak adanya akses perempuan terhadap tenaga kesehatan yang dalam pelaksanaannya membutuhkan nilai ekonomi yang lebih tinggi atau adanya jarak yang jauh serta terbatasnya waktu pelayanan yang dimiliki oleh tenaga kesehatan. Sementara, berbagai kekurangan tersebut justru didapat atau ditutup oleh keberadaan para dukun beranak. Dukun beranak dapat diakses oleh perempuan Lebak dengan nilai ekonomi yang cenderung lebih rendah daripada bidan. Dukun beranak juga dapat lebih diakses oleh perempuan Lebak karena jaraknya lebih dekat dan waktu pelayanannya tidak terbatas. Keberadaan dukun beranak yang demikian membuat perempuan Lebak lebih memilih untuk mengakses pelayanan kehamilan dan persalinan kepada mereka. Padahal, pemilihan akan keputusan untuk mengakses pelayanan persalinan kepada dukun beranak dapat merugikan perempuan. Perempuan yang mengakses persalinan kepada dukun beranak dapat mengalami berbagai bentuk kerugian atau resiko yang merugikan, seperti pendarahan, meninggal, dan kelahiran yang cacat. Resiko yang merugikan perempuan tersebut sangat mungkin terjadi pada pertolongan persalinan oleh dukun beranak. Resiko tersebut lebih rentan dialami oleh perempuan yang sudah mempunyai resiko tinggi pada kehamilannya, seperti terlalu tua, terlalu muda, jarak yang dekat, dan mempunyai penyakit-penyakit beresiko. Namun, dampak dan kerugian tersebut juga dapat dialami oleh perempuan yang mulanya tidak diketahui mempunyai resiko tinggi.

Salah satu bentuk kemiskinan berwajah perempuan Lebak adalah tidak tersedianya tenaga kesehatan di desa. Di Kabupaten Lebak, jumlah bidan yang tersedia jauh lebih kecil dibanding jumlah desa yang membutuhkan bidan. Jumlah bidan yang ada tidak bisa menutupi jumlah desa yang ada. Hal ini selanjutnya membuat adanya beberapa desa yang tidak mempunyai bidan. Apalagi, dalam praktiknya, keberadaan bidan cenderung lebih memilih tinggal di perkotaan, bukan di desa tempat tinggalnya. Kondisi ini tentu saja menyebabkan adanya penumpukan jumlah bidan di satu desa atau kelurahan dan semakin menambah jumlah desa yang tidak mempunyai bidan. Kondisi ini sesuai dengan ungkapan dari salah satu responden di Lebak sebagai berikut.<sup>39</sup>

“Di desa ini, hanya ada satu orang bidan desa. Tetapi, bidan tersebut tidak menempati rumah dinas yang telah disediakan di desa. Bidan tersebut tinggal di daerah Rangkas. Jadi, penduduk biasanya dapat berobat ke bidan pada saat bidannya ada di Pustu atau di pelayanan Posyandu. Waktu itu, kita pernah meminta pertolongan bidan untuk menolong kelahiran pada malam hari. Tetapi, bidannya *nggak* bisa karena sudah malam. Jadi, akhirnya ya kita minta bantuan paraji untuk melakukan kelahirannya. Di

<sup>39</sup> Berdasarkan informasi dari salah seorang narasumber dari Desa Pasir Tanjung, Kecamatan Rangkasbitung, Kabupaten Lebak, 23 April 2008.

desa ini termasuk susah kalau mau meminta pelayanan ke bidan karena jumlahnya cuma satu orang. Itupun juga belum tentu setiap hari ada. Dalam seminggu, bidan ada praktik di Pustu secara bergantian dengan mantri”

Perempuan sebagai jenis kelamin yang lebih banyak membutuhkan pelayanan kesehatan tentu saja sangat kesulitan dan kesusahan jika di desa tempat tinggalnya tidak tersedia tenaga kesehatan. Tidak adanya petugas kesehatan di desanya, membuat perempuan harus mengakses pelayanan kesehatan di desa atau wilayah lain. Tentu saja, dalam mengakses tenaga kesehatan di desa atau wilayah lain, perempuan harus mengeluarkan biaya tambahan. Biaya yang dimaksud adalah biaya untuk transportasi menuju ke tempat pelayanan kesehatan. Tidak hanya itu, perempuan juga akan merasa kesulitan ketika alat transportasi tidak tersedia di desanya. Sementara, hal semacam ini juga sangat susah bagi perempuan dengan kondisi kesehatan yang sulit untuk dibawa jauh dari rumah. Misalnya saja adalah perempuan dengan usia kandungan yang sudah mau melahirkan.

Masalah kesehatan reproduksi yang telah kita diskusikan sebelumnya menunjukkan bahwa masyarakat Lebak memiliki masalah sosial, ekonomi dan budaya yang berbasis gender. Misalnya, perempuan Lebak banyak yang ditinggal oleh suaminya dan ditelantarkan secara ekonomi. Kondisi ini tentu saja sangat merugikan perempuan. Perempuan yang ditelantarkan oleh suaminya harus menanggung kebutuhan ekonomi keluarganya. Perempuan harus menanggung kebutuhan anaknya. Tidak hanya itu, perempuan akhirnya harus menanggung beban yang sangat banyak karena ia harus menjalankan peran sebagai ibu dan juga peran sebagai bapak. Kondisi yang demikian jelas merupakan salah satu bentuk kemiskinan berwajah perempuan.

Dalam hal budaya, kita juga dapat melihat bahwa pada umumnya pendidikan perempuan cenderung rendah. Begitupun perempuan di Kabupaten Lebak, rata-rata pendidikan mereka adalah lulusan SD atau SMP. Kondisi tersebut terutama banyak terjadi di masyarakat pedesaan. Banyaknya perempuan yang berpendidikan rendah di wilayah ini disebabkan oleh beberapa kondisi. Pertama adalah tidak adanya biaya untuk pendidikan. Kondisi ini banyak dialami oleh masyarakat yang masuk kategori miskin. Kedua adalah tidak adanya akses terhadap pendidikan, hal ini dikarenakan oleh adanya kondisi geografis di wilayah Lebak. Kondisi geografis wilayah Lebak berupa pegunungan dengan kondisi jalan yang kurang mendukung karena tidak adanya akses jalan aspal. Kondisi jalan berupa batu-batuan yang sangat curam dan sangat licin jika turun hujan. Dalam kondisi tersebut, masyarakat Lebak di daerah itu biasanya mengganjal ban motornya dengan menggunakan rantai agar tidak licin dan dapat menancap ke tanah sehingga bisa melalui jalanan yang sangat licin tersebut. Namun, hal itu juga membutuhkan keahlian dan tidak semua orang bisa melakukannya.

Dalam wilayah tertentu, di Kabupaten Lebak masih terdapat daerah yang tidak mempunyai akses jalan raya baik aspal atau bebatuan. Akses jalan yang tersedia adalah berupa akses jalan setapak saja. Kondisi ini selanjutnya membuat daerah tersebut menjadi daerah

terpencil dan terisolir. Posisi perempuan yang tidak mempunyai hak untuk meneruskan pura keluarga selanjutnya juga berdampak pada kehidupan perempuan dalam menuntut ilmu. Posisi perempuan tersebut selanjutnya dianggap tidak memerlukan ilmu dan pengetahuan yang tinggi. Hal ini selanjutnya membuat perempuan tidak perlu untuk sekolah ke tingkat yang tinggi. Pandangan ini jelas sangat merugikan perempuan. Tidak hanya itu, pandangan tersebut juga telah memunculkan dampak pada pemiskinan perempuan. Jika perempuan tidak bersekolah maka perempuan tentu saja akan menjadi bodoh dan tidak berpendidikan. Ketika perempuan tidak mempunyai pendidikan dan pengetahuan yang tinggi, maka perempuan akan susah untuk mengakses kerja dan penghidupan yang layak. Dalam kondisi yang lain, perempuan bisa bekerja, akan tetapi, dengan bekal pendidikan yang rendah, perempuan hanya akan mendapatkan upah yang sangat rendah.

Keterbatasan akses perempuan terhadap sumberdaya produktif tersebut, juga berkaitan dengan kebiasaan pernikahan di usia muda. Perempuan di daerah ini banyak yang melakukan pernikahan di bawah umur 17 tahun. Rata-rata, mereka yang menikah usia muda, melakukan pernikahan ketika masih berumur 13-15 tahun. Budaya masyarakat Lebak tentang pernikahan di usia muda dilatarbelakangi oleh beberapa faktor. Salah satu faktor yang menyebabkan terjadinya pernikahan di usia muda adalah kondisi perekonomian keluarga. Bagi keluarga miskin tertentu, anak adalah beban. Hal ini selanjutnya membuat mereka berpikir bahwa menikahkan anaknya adalah jalan yang terbaik sehingga mereka bisa terlepas dari salah satu beban yang ditanggungnya. Dengan menikahkan anaknya, mereka tidak lagi mempunyai tanggungjawab untuk memberi nafkah. Beban untuk memberi nafkah anaknya akan berada di pundak suami anaknya.

Faktor lainnya yang juga menyebabkan terjadinya pernikahan di usia muda adalah pendidikan yang rendah. Maksudnya, para orang tua akan cenderung menikahkan anaknya yang sudah tidak lagi bersekolah. Tidak hanya itu, anak perempuan yang juga sudah tidak bersekolah cenderung berpacaran sehingga kemudian lebih ingin menikah. Selain itu, para orang tua, terutama yang ada di pedesaan, cenderung menikahkan anaknya meskipun usianya masih relatif muda karena adanya kekhawatiran anaknya dianggap tidak laku oleh masyarakat. Apalagi, di daerah Sunda ada semacam nilai yang stereotip pada perempuan Sunda, yaitu bahwa perempuan Sunda akan bangga jika melakukan pernikahan berulang kali. Terutama adalah jika perempuan tersebut sudah janda dan bisa menikah dengan laki-laki yang masih berstatus jejaka.

## 7. Perempuan dan Nilai Sosial Budaya di Lampung Utara

Berdasarkan serapan tenaga kerja tampak bahwa Kabupaten Lampung Utara penduduknya banyak terserap di sektor industri (2.948 jiwa) dan pertanian (2.946 jiwa). Secara kesejarahan, Lampung Utara merupakan wilayah transmigran semenjak kolonial Belanda hingga kemerdekaan. Pada periode 1995-2000 wilayah tersebut merupakan daerah transmigrasi



utama di Provinsi Lampung, kabupaten ini mengandalkan sektor pertanian dalam memutar roda perekonomiannya. Andalan Lampung Utara berasal dari perkebunan dan tanaman pangan, yang menyumbang masing-masing Rp. 217,8 miliar dan Rp. 168,3 miliar terhadap total kegiatan ekonomi Lampung Utara pada tahun 1999. Sektor pertanian yang menjadi tulang punggung perekonomian Kabupaten Lampung Utara memberikan kontribusi besar pada perkembangan ekonomi daerah pada umumnya serta tingkat kesejahteraan masyarakat pada khususnya.

Kendati potensi sumberdaya alam di Kabupaten Lampung Utara cukup berlimpah, namun demikian tingkat kemiskinan penduduknya masih tergolong tinggi. Merujuk pada catatan BPS 2004, indeks kemiskinan penduduk Lampung Utara mencapai 33,4%, sementara menurut Human Development Report persentase penduduk miskin di Lampung Utara pada tahun 2002 adalah sebesar 35,2%. Kemiskinan, dilihat dari aspek ekonomi akan mengacu pada sederet indikator ekonomi yang membeberkan angka-angka statistik. Namun bila ditelaah lebih lanjut, kemiskinan perempuan khususnya di Kabupaten Lampung Utara memiliki dimensi lain yang dapat ditinjau dalam konteks yang berkaitan dengan masalah gender (*gender relatedness poverty*).

Masalah kemiskinan yang berkaitan dengan gender memiliki kecenderungan untuk terkait dengan masalah budaya yang tidak memberi ruang bagi kaum perempuan untuk berkesempatan luas. Hal ini kemudian berpengaruh pada relasi kuasa laki-laki dan perempuan yang tidak setara. Masyarakat Lampung Utara merupakan bagian dari masyarakat Lampung secara luas yang memiliki akar budaya dan adat yang sama, yakni adat Lampung. Yang dimaksud dengan orang Lampung adalah orang yang berbahasa Lampung dan beradat Lampung. Provinsi Lampung termasuk di dalamnya adalah Lampung Utara adalah daerah transmigrasi asal Jawa yang dibuka sejak tahun 1905. Oleh karena itu, orang Jawa mendominasi wilayah tersebut dan mereka berdampingan dengan etnis lain yang telah lama tinggal di Lampung. Dapat dikatakan bahwa pendatang telah mendominasi wilayah tersebut, kecuali di beberapa tempat yang belum padat penduduknya seperti di daerah eks Kewedanaan Krui di sebelah barat, berbatasan dengan Provinsi Bengkulu dan Sumatera Selatan.

Perkampungan penduduk dengan bangunan rumah kerabat yang bertiang tinggi dan berangsur-angsur turun ke bawah merata dengan tanah, balai-balai adat (*sesat*) kebanyakan sudah tidak dibangun lagi dan digantikan dengan balai desa. Bahasa yang digunakan sehari-hari adalah bahasa Indonesia. Hanya saja masih digunakan sebagai bahasa kerabat di dalam rumah tangga orang Lampung dan dalam upacara adat. Orang Lampung pada umumnya beragama Islam. Masyarakat adat Lampung dapat dibedakan dalam dua golongan adat yaitu beradat Pepadun dan beradat Pesisir. Dialek bahasanya ada yang berdialek “nyou” (apa) atau dialek bahasa Abung dan ada pula yang berdialek “api” (apa) atau berdialek Pemanggilan.

Mereka yang beradat Pepadun kebanyakan bermukim di daerah pedalaman, sedangkan yang beradat Pesisir bermukim di daerah pesisir atau di daerah yang tidak termasuk



daerah lingkungan Pepadun. Termasuk dalam lingkungan beradat Pepadun adalah orang-orang Abung, Tulang-Bawang (Menggala), Waikanan Sungkai, Pubiyan, sedangkan dalam lingkungan beradat Pesisir adalah orang-orang Pesisir Teluk, Pesisir Semangka, Pesisir Krui, dan dataran tinggi Belalau di daerah Provinsi Lampung, serta orang-orang Ranau, Muaradua, Komering, dan Kayuagung di Provinsi Sumatera Selatan dan juga di pedesaan Cikoneng (Anyer), pantai barat Jawa Barat.

Hubungan kekerabatan adat Lampung terdiri atas lima unsur yang merupakan lima kelompok. Pertama, kelompok *wari* atau *adik wari*, yang terdiri atas semua saudara laki-laki yang bertalian darah menurut garis ayah, termasuk saudara angkat yang bertali darah. Kedua, kelompok *lebuklama* yang terdiri atas saudara laki-laki dari nenek (ibu dari ayah) dan keturunannya dan saudara laki-laki dari ibu dan keturunannya. Ketiga, kelompok *baimenulung* yang terdiri atas saudara-saudara perempuan dari ayah dan keturunannya. Keempat, kelompok *kenubi* yang terdiri atas saudara-saudara karena ibu bersaudara dan keturunannya. Kelima, kelompok *lakau-maru*, yaitu para ipar laki-laki dan perempuan serta kerabatnya dan para saudara karena istri bersaudara dan kerabatnya.

Bentuk pernikahan yang berlaku adalah partrilokal dengan pembayaran *jujur* (*ngakuk mulei*) dimana setelah kawin mempelai wanita mengikuti dan menetap di pihak kerabat suami, atau juga dalam bentuk matrilokal (*semanda*) dimana setelah kawin suami ikut pada kerabat istri dan menetap di tempat istri. Untuk mewujudkan jenjang pernikahan dapat ditempuh dalam dua cara yaitu cara berlarian (*sebambangan*) yang dilakukan bujang-gadis sendiri dan cara pelamaran orangtua (*cakak sai tuha*) yang dilakukan oleh kerabat pihak laki-laki kepada kerabat pihak perempuan di rumah orangtua perempuan. Dalam realitanya, pernikahan dengan cara berlarian di masyarakat ditemukan dua cara, yang pertama prosesi melarikan anak gadis sebelum dinikahi merupakan bagian dari prosesi adat pernikahan belaka mengingat kedua calon pengantin yakni laki-laki dan perempuan sudah saling mengenal dan menyukai satu sama lain. Calon pengantin perempuan dilarikan karena pihak keluarga laki-laki tidak mampu memenuhi mahar (seserahan) yang ditetapkan dari pihak perempuan. Nilai mahar ini ditentukan dengan mengacu pada jumlah kerbau atau sapi, bila dihitung secara rupiah jumlahnya adalah sebesar minimal Rp. 8 juta, Rp.12 juta, Rp. 24 juta atau lebih sesuai dengan kemampuan ekonomi keluarga mempelai laki-laki. Namun, bila calon mempelai perempuan telah dilarikan lebih dahulu, biasanya seserahan atau mahar dapat dinegosiasikan dalam jumlah yang lebih sesuai dengan kemampuan ekonomi keluarga laki-laki.

Sementara itu, di masyarakat ditemukan praktek melarikan perempuan untuk dijadikan istri tanpa proses pengenalan lebih dalam, serta tanpa persetujuan dan sepengetahuan terlebih dahulu dari si perempuan. Bila hal ini yang terjadi biasanya perempuan mengadakan perlawanan dengan menangis ataupun meronta minta dipulangkan kembali ke rumah orangtuanya. Tidak jarang pihak keluarga perempuan melapor ke polisi karena kehilangan anak perempuannya. Polisi kemudian akan mempertemukan kedua keluarga untuk berunding mencari kesepakatan dan menanyakan kesediaan perempuan untuk dijadikan istri.

Sebelum pertemuan kedua keluarga besar biasanya pihak keluarga laki-laki akan membujuk perempuan agar mau dijadikan istri, tetapi tidak jarang keluarga laki-laki mempergunakan jasa “orang pintar atau dukun” untuk menundukkan hati perempuan agar mau menyetujui pinangan pihak laki-laki. Pada kondisi ini posisi perempuan sangat lemah dan tertindas karena tidak memiliki pilihan bebas, karena bila tetap menolak dikawini nama baik diri dan keluarganya akan tercoreng dan negatif di mata masyarakat. Sehingga jarang sekali ditemukan perempuan yang sudah dilarikan akhirnya tidak jadi dinikahi oleh pihak lelaki, karena biasanya nama baik perempuan itu kurang baik bila pernah dilarikan, terlebih bila tidak jadi dinikahi. Hal itu akan menurunkan harga diri dan martabat keluarganya.

Pernikahan yang ideal di kalangan orang Lampung adalah laki-laki menikah dengan perempuan anak saudara perempuan ayah (*bibik, keminan*) yang disebut “ngakuk menulung” atau dengan anak saudara perempuan ibu (*ngakuk kenubi*), pernikahan yang tidak disukai adalah laki-laki dan perempuan anak saudara laki-laki ibu (*ngakuk kelana*) atau dengan anak perempuan saudara laki-lakinya (*ngakuk bai/wari*) atau juga dengan anak dari saudara pria nenek dari ayah (*ngakuk lebu*). Terlebih lagi tidak disukai kawin dengan suku lain (*ulun lowah*) atau orang asing. Apalagi berlainan agama (*sumang agamou*). Tetapi di masa sekarang hal demikian itu sudah tidak terlalu dihiraukan angkatan muda, sehingga sudah banyak pria dan perempuan Lampung yang melakukan kawin campur antar suku asalkan sama-sama beragama Islam atau bersedia masuk Islam dan bersedia diangkat menjadi anak angkat dan masuk warga adat Lampung.

Jika dari suatu ikatan pernikahan tidak mendapatkan keturunan sama sekali, maka untuk menjadi penerus keturunan ayah, dapat diangkat anak tertua dari adik laki-laki atau anak kedua dari kakak laki-laki untuk menegakkan (*tegak tegi*) keturunan yang putus (*maupus*). Jika tidak ada anak-anak saudara yang bersedia diangkat, dapat mengangkat orang lain yang bukan anggota kerabat, asalkan disahkan di hadapan kerabat dan *prowatan* adat. Tetapi jika hanya mempunyai anak perempuan, maka anak tersebut dikawinkan dengan saudara, misalnya yang laki-laki atau anak perempuan itu dijadikan dalam posisi laki-laki dan melakukan pernikahan semanda ambil suami (*ngakuk ragah*). Dengan begitu maka anak laki-laki dari pernikahan mereka kelak akan menggantikan kedudukan kakeknya sebagai waris mayorat<sup>40</sup> sehingga keturunan keluarga tersebut tidak putus (*mak mupus*).

Masyarakat Lampung merupakan masyarakat kekerabatan bertali darah menurut garis ayah (Geneologis-Patrilinial), yang terbagi-bagi dalam masyarakat keturunan menurut Poyang asalnya masing-masing yang disebut “buay”, misalnya Buay Nunyai, Buay Unyi, Buay Nuban, Buay Subing, Buwai Bolan, Buayi Menyarakat, Buay Tambapupus, Buay Tungak, Buay Nyerupa, Buay Belunguh, dan sebagainya. Setiap kebudayaan terdiri atas

<sup>40</sup> Pewaris mayorat merupakan pewarisan kolektif, hanya penerusan dan pengalihan hak penguasaan atas harta yang tidak terbagi-bagi itu dilimpahkan kepada anak tertua yang bertugas sebagai pemimpin rumah tangga atau kepala keluarga menggantikan kedudukan ayah atau ibu sebagai kepala keluarga, dimana setiap anggota waris dari harta bersama mempunyai hak memakai dan hak menikmati harta bersama itu tanpa hak menguasai atau memilikinya secara perseorangan. <http://www.kamushukum.com>

berbagai “jurai” dari kebuwaian, yang terbagi-bagi pula dalam beberapa kerabat yang terikat pada satu kesatuan rumah asal (*nuwou tubou, lamban tuba*). Kemudian dari rumah asal itu terbagi lagi dalam beberapa rumah kerabat (*nuwou balak, lamban gedung*). Ada kalanya buay-buay itu bergabung dalam satu kesatuan yang disebut “paksi”. Setiap kerabat menurut tingkatannya masing-masing mempunyai pemimpin yang disebut “penyimbang” yang terdiri atas anak tertua laki-laki yang mewarisi kekuasaan ayah secara turun-temurun. Implikasi dari pewarisan kekuasaan yang menurut garis ayah menempatkan perempuan sebagai pihak nomor dua yang tidak memiliki akses pada kekuasaan ataupun kepemilikan aset produktif keluarga. Perempuan menjadi marginal dalam pandangan adat, hal ini membuat perempuan tidak memiliki hak suara yang sebanding dengan laki-laki dalam proses pembuatan keputusan dalam keluarga.

Ketimpangan relasi kekuasaan antara perempuan dan laki-laki juga terdapat dalam aturan pewarisan harta atau penerus nama keluarga, perempuan sama sekali tidak diperhitungkan, *invisible*. Jika dari suatu ikatan pernikahan tidak mendapatkan keturunan sama sekali, maka untuk menjadi penerus keturunan ayah, dapat diangkat anak tertua dari adik laki-laki atau anak kedua dari kakak laki-laki untuk menegakkan (*tegak tegi*) keturunan yang putus (*maupus*). Jika tidak ada anak-anak saudara yang bersedia diangkat dapat mengangkat orang lain yang bukan anggota kerabat, asalkan disahkan dihadapan kerabat dan *prowatan* adat. Tetapi jika hanya mempunyai anak perempuan, maka anak itu dikawinkan dengan saudara misalnya yang laki-laki atau anak perempuan itu dijadikan dalam posisi laki-laki dan melakukan pernikahan semanda ambil suami (*ngakuk ragah*). Dengan begitu anak laki-laki dari pernikahan mereka kelak akan menggantikan kedudukan kakeknya sebagai waris mayorat sehingga keturunan keluarga tersebut tidak putus (*mak mupus*). Hal ini berakibat pada rumitnya masalah perceraian yang kemudian berujung kerugian pada perempuan.

Di dalam adat Lampung perceraian sangat jarang ditemukan, atau dapat dikatakan semacam ‘pantangan’ apa pun yang terjadi tidak akan bercerai kecuali mati. Hal itu terkait dengan nilai “phi-il” atau malu, mereka yang bercerai akan menanggung malu tidak hanya bagi individu yang bercerai tetapi juga keluarga besar dari kedua pasangan. Jadi, mereka memilih tetap mempertahankan pernikahan sekalipun tidak lagi memberikan kebahagiaan bagi mereka. Bahkan seandainya terjadi KDRT terhadap pihak perempuan, maka perempuan memilih bertahan dan mendinginkan kondisi tersebut, karena mereka juga dilarang menceritakan tindakan kasar yang dilakukan oleh suami dengan alasan keharusan dari agama (Islam) untuk menjaga nama baik suami. Seorang istri pantang menceritakan aib suami kepada orang lain di luar keluarganya.

Implikasi negatif dari adanya pantangan bercerai selain adanya tindak kekerasan adapula praktek poligami. Dalam hal ini perempuan sekali lagi menjadi pihak yang tidak diuntungkan dalam konteks adat yang berlaku di masyarakat. Terlebih sistem pewarisan yang berlaku di adat Lampung sebagaimana telah dikemukakan tersebut di atas, telah memarginalisasikan kaum perempuan untuk bisa menerima hak waris atas kekayaan

keluarga. Hal itu membuat perempuan secara ekonomi bergantung kepada laki-laki, baik kepada suaminya ataupun kepada saudara laki-lakinya sekandung. Perempuan yang tidak memiliki penghasilan sendiri tidak memiliki aset ekonomi, terlebih bila berpendidikan rendah akan semakin menghadapi beban berat apabila ingin bercerai dari suaminya.

Selain masalah pewarisan dan perceraian yang merugikan perempuan, juga akses ke fasilitas publik yang berkaitan dengan keamanan. Tidak terjaminnya keamanan menyebabkan perempuan menjadi tidak merasa aman. Di beberapa wilayah di Kabupaten Lampung Utara terdapat daerah yang tergolong sebagai daerah yang dikatakan “tidak aman” atau daerah rawan karena tingkat kejahatan yang cukup tinggi. Daerah yang masuk kategori rawan kejahatan biasanya adalah daerah areal perkebunan rakyat yang jauh dari pemukiman penduduk dan tiadanya pemantauan keamanan oleh aparat kepolisian. Tiadanya penjagaan dari aparat memicu pelaku tindak kriminal mudah melakukan berbagai modus kejahatan misalnya perampasan harta benda, kendaraan, pelecehan ataupun perkosaan hingga tindak pembunuhan. Kondisi ini menimbulkan rasa ketakutan dan tidak aman yang membuat masyarakat enggan melakukan perjalanan. Biasanya masyarakat memilih untuk melakukan perjalanan secara bersama, berjalan beriringan untuk menghindari hal-hal yang mengkhawatirkan keselamatan jiwa.

Implikasi langsung dari situasi lemahnya jaminan keamanan di masyarakat ini adalah pembatasan perempuan untuk tidak ke luar rumah tanpa pendampingan. Berdasarkan observasi di wilayah penelitian dapat dikatakan hampir setiap perempuan merasakan perasaan was-was bila harus ke luar rumah ataupun melakukan perjalanan sendiri. Para orangtua melarang anak gadisnya ke luar rumah tanpa pengawalan ketat karena khawatir akan mengalami tindak kekerasan, termasuk kekhawatiran dilarikan oleh pemuda untuk dikawin. Kondisi tersebut berkontribusi besar membatasi akses kaum perempuan dalam mengakses berbagai fasilitas publik misalnya akses pada pendidikan, informasi, fasilitas layanan kesehatan, sumberdaya ekonomi, dan sebagainya. Pada akhirnya hal itu akan membawa pengaruh negatif pada rendahnya partisipasi serta rata-rata lama sekolah bagi perempuan (6,8 tahun) dibandingkan dengan laki-laki (7,6 tahun). Rendahnya tingkat pendidikan pada akhirnya juga membatasi daya saing perempuan dalam mengakses lapangan pekerjaan. Dalam catatan statistik diperoleh data kontribusi ekonomi perempuan di Kabupaten Lampung Utara dalam keluarganya hanya 34,2%, sedangkan laki-laki mencapai 65,8%.

Lebih lanjut, pandangan mengenai nilai anak seringkali juga merugikan perempuan. Hal ini berimplikasi pada keengganan masyarakat untuk menggunakan alat kontrasepsi guna mengatur jumlah anak. Mereka memilih pasrah kepada Tuhan, menerima berapa pun jumlah anak yang mereka lahirkan. Mereka percaya setiap anak membawa rejekinya masing-masing sehingga mereka tidak khawatir untuk tidak mampu membiayai dan mengasuh anak-anaknya. Penggunaan alat kontrasepsi yang dianggap bertujuan untuk membatasi jumlah anak berarti menolak rejeki dari Tuhan, karenanya mereka enggan menggunakannya. Beberapa perempuan yang ditemui di wilayah penelitian ada yang memiliki anak

tiga orang, empat orang bahkan hingga delapan orang dengan usia ibu yang telah lebih dari 30 tahun. Tentu saja kondisi usia ibu yang tidak muda lagi akan berpengaruh pada keselamatan jiwa ibu saat proses persalinan.

Namun demikian, pandangan banyak anak banyak rejeki pada konteks sekarang mulai mengalami banyak pergeseran, sudah banyak perempuan yang mulai sadar akan tanggungjawab pemeliharaan anak tidak lagi sebatas pemenuhan kebutuhan pangan, melainkan juga pemenuhan kebutuhan akan sandang serta pendidikan yang memadai bagi anak-anaknya. Situasi ekonomi saat ini yang semakin sulit membuat biaya pemenuhan kebutuhan hidup keluarga terutama pendidikan anak menjadi lebih mahal, sehingga banyak keluarga mulai sadar betapa berat beban biaya hidup yang mesti ditanggung bila mereka memiliki anak banyak. Dari realitas ekonomi yang mereka hadapi inilah yang akhirnya mendorong adanya pergeseran nilai-nilai yang menganggap banyak anak banyak rejeki. Pandangan banyak anak banyak rejeki untuk saat ini lebih banyak ditemukan pada perempuan (keluarga) yang tingkat pendidikannya rendah (tamat atau tidak tamat SD atau tidak sekolah). Sementara itu yang berpendidikan tinggi cenderung menyadari pentingnya pembatasan jumlah anak.

Sementara itu, masyarakat yang berpendidikan rendah cenderung menaruh kepercayaan pada dukun beranak yang lebih tinggi daripada terhadap bidan. Masalahnya dalam hal ini, dukun beranak memiliki pengetahuan yang rendah tentang kebersihan ketika melahirkan, sehingga meningkatkan resiko kematian ibu melahirkan. Pada sebagian besar masyarakat di Kabupaten Lampung Utara, dukun beranak ditempatkan sebagai tenaga nonmedis yang berperan penting sepanjang siklus reproduksi perempuan mulai saat kehamilan, persalinan, pasca persalinan hingga saat bayi lahir dan membutuhkan perawatan. Dukun banyak ditemui di setiap desa atau kelurahan, paling tidak, ada 4-5 orang dukun beranak dalam satu desa atau kelurahan. Dukun berperan memijat pada saat kehamilan untuk menghilangkan rasa penat perempuan yang sedang hamil sehingga tubuhnya menjadi segar. Selain itu sang dukun juga mengurut untuk memastikan letak bayi dalam keadaan yang tepat, tidak sungsang atau menyimpang.

Beberapa responden perempuan yang ditemui menyatakan bahwa mereka sangat mempercayai dukun karena dianggap memiliki keahlian, keterampilan istimewa yang berbeda dari seorang bidan. Dukun seperti memiliki keahlian serba bisa untuk mengatasi berbagai kondisi sulit saat kehamilan dan persalinan, dengan pengalamannya, ketuaannya, atau juga doa atau mantranya yang dianggap manjur. Keahlian ataupun keterampilan dukun yang diperoleh secara turun-menurun melalui tapa, puasa, menjalani laku atau amalan khusus semakin menguatkan kepercayaan pasiennya. Beberapa dukun juga memiliki keahlian melakukan pengobatan berbagai macam penyakit selain menolong persalinan dan memijat bayi. Ada beberapa cara yang dilakukan seorang dukun untuk mengobati pasiennya diantaranya dengan menggunakan metode urut, pijat, memberi ramuan atau jamu tertentu hasil racikan si dukun. Adapula seorang dukun yang menggunakan jimat berupa batu yang diperolehnya melalui laku puasa dan menjalani amalan tertentu.



Seperti pengalaman yang dituturkan oleh Mbah Kasiyem yang tinggal di Desa Negara Ratu yang dikenal “sakti” oleh masyarakat sekitarnya. Mbah Kasiyem memiliki batu jimat yang diberi nama “batu walisongo” yang diyakini mengandung kekuatan magis yang mampu menyembuhkan berbagai macam penyakit. Menurutnya batu itu berisi makhluk halus yang menguasai sungai di desanya, juga ada makhluk halus yang tinggal di makam Walisongo. Mbah Kasiyem biasanya menempelkan batu tersebut ke bagian tubuh pasien yang merasakan keluhan tertentu. Untuk membantu kelancaran ibu yang akan melahirkan, biasanya Mbah Kasiyem akan memberinya minuman air hasil rendaman batu jimat walisongo.

Setiap dukun biasanya memiliki rahasia ramuan dan cara tertentu yang dijadikan andalan dalam menolong pasien yang datang kepadanya. Jika Mbah Kasiyem memiliki batu jimat sebagai andalan, adapula dukun yang memiliki ramuan khusus untuk melancarkan persalinan seorang ibu, ada yang menyebut serbuk biji pala sebagai ramuan berkhasiat untuk mempercepat kontraksi kelahiran, tetapi ada juga yang mempunyai ramuan tersendiri yang tergolong unik. Dukun Ita yang tinggal di Kelurahan Cempedak mengaku biasa mencari dan menyimpan tali pusar anak kucing yang baru untuk digunakan sebagai ramuan yang berkhasiat melancarkan persalinan. Caranya tali pusar (*placenta*) anak kucing yang baru lahir dibersihkan kemudian dijemur hingga kering, setelah kering ramuan ini siap digunakan. Untuk keperluan mempercepat kontraksi dan proses kelahiran, dukun akan merendam *placenta* kering tadi dalam segelas air yang mendidih selama beberapa saat. Air rendaman inilah kemudian diminumkan kepada si ibu yang sedang menunggu proses persalinan. Setelah digunakan *placenta* kering tadi bisa dikeringkan lagi, kemudian disimpan untuk digunakan pada pasien lainnya. Selain *placenta* bayi ada pula dukun yang menggunakan air rendaman rumput fatimah (rumpun kering berwarna hitam yang diimpor dari Arab) sebagai ramuan untuk mempercepat kontraksi dan proses kelahiran bayi.

Selain kepercayaan pada dukun beranak, ada pula beberapa kebiasaan yang berkembang di masyarakat terkait dengan kesehatan perempuan saat menstruasi, hamil dan menyusui, di antaranya adalah:

- Pada saat menstruasi, jamu yang biasa digunakan adalah kunyit asem.
- Pada saat menyusui, ibu tidak boleh memakan nasi yang ada kulit padinya. Karena dipercaya bisa menyebabkan nanah dan sakit pada puting payudara ibu.
- Ibu yang sedang hamil diharuskan membawa gunting atau peniti atau benda tajam lainnya sebagai bentuk penjagaan diri dan bayi yang ada di dalam kandungan agar terhindar dari pengaruh makhluk halus yang bisa menyebabkan sawan pada bayi dalam kandungan.

Di masyarakat Lampung Utara istilah ‘kena sawan’ ini sering terdengar bila seorang ibu hamil mengeluh badannya panas dan perutnya mules-mules, sering dianggap si ibu telah ‘kena’ pengaruh makhluk halus. Untuk mengatasi kondisi ‘sawan’ yang dialami ibu hamil biasanya disarankan meminum jamu sawan yang dijual oleh penjual jamu gendongan

atau dapat juga dibeli di pasar dengan harga yang relatif murah. Hingga saat ini kebiasaan-kebiasaan yang terkait dengan nilai budaya serta praktek-praktek penggunaan obat tradisional (jamu) masih kental dan dilakukan oleh sebagian besar perempuan di Kabupaten Lampung Utara yang mayoritas bersuku Jawa. Pada perempuan yang bersuku Lampung asli penggunaan jamu kurang banyak ditemui sekalipun mereka mengakui juga mengenal kebiasaan penggunaan jamu untuk kepentingan kesehatan memelihara organ reproduksi perempuan.

Lebih lanjut, dari hasil wawancara dan observasi penelitian, peneliti menemukan adanya kebiasaan melakukan sunat pada alat kelamin perempuan, yakni pada bagian klitoris<sup>41</sup>. Sunat dilakukan dengan cara memotong sedikit kulit di bagian ujung klitoris yang dimaksudkan untuk menghilangkan kulit yang menutup ujung klitoris, karena dianggap akan membuat kotoran menumpuk dan dampaknya tidak baik untuk kesehatan organ perempuan. Adapula yang menyatakan bahwa sunat akan membantu agar perempuan nantinya dapat melayani suaminya berhubungan seks dengan baik dan dapat merasakan kepuasan seksual (orgasme).

Sunat pada perempuan juga sering dikaitkan dengan ketentuan yang ada dalam agama Islam, dianggap sebagai wajib, bila tidak dilakukan maka sholatnya tidak akan diterima oleh Tuhan. Karenanya sebagian besar kaum perempuan di Kabupaten Lampung Utara yang beragama Islam akan menyunatkan anak perempuannya. Sunat bisa dilakukan saat masih bayi berumur 40 hari bersamaan dengan upacara selapanan,<sup>42</sup> adapula yang dilakukan saat usia balita, namun ada juga yang melakukannya saat sudah menjadi perempuan dewasa. Seorang bidan di Desa Negara Ratu menuturkan pengalamannya menyunat seorang perempuan yang sudah menjadi nenek berusia lebih dari 50 tahun. Perempuan ini mengaku baru mengetahui ketentuan akan wajibnya sunat bagi perempuan sehingga dia merasa sangat menyesal karena belum pernah disunat oleh kedua orangtuanya. Dia cemas dan takut karena dalam pemahamannya sholatnya menjadi tidak sah bahkan mungkin tidak diterima oleh Tuhan bila dirinya tidak sunat. Karena itu dia mendatangi bidan terdekat untuk meminta agar dirinya disunat.

Sunat pada perempuan biasanya dilakukan oleh seorang bidan. Tarif yang dikenakan untuk satu kali sunat adalah sebesar Rp. 25.000,-. Proses sunat tidak lama, hanya dibutuhkan waktu sekitar lima menit. Diawali dengan menyiapkan alat gunting dan segumpal kapas yang diolesi *Betadine*. Saat bidan memotong ujung klitoris akan terjadi perdarahan yang cukup banyak yang kemudian dibersihkan kemudian diobati dengan menempelkan

<sup>41</sup> Klitoris adalah organ seksual wanita yang ditemukan di ujung sebelah atas antara kedua *labia minora* (bibir vagina dalam). Banyaknya ujung saraf dalam klitoris menyebabkannya menjadi sangat sensitif terhadap sentuhan atau tekanan langsung atau tidak langsung. Hal ini mirip dengan penis pada pria. Rangsangan pada daerah klitoris dapat menjadi nikmat, bahkan memberikan pemiliknya kenikmatan seksual merupakan satu-satunya fungsi organ ini yang diketahui, dan klitoris adalah satu-satunya organ manusia yang memiliki pemberi kenikmatan sebagai fungsi utama

<sup>42</sup> Upacara yang biasa dilakukan di Jawa pada bayi saat menginjak umur 40 hari. Tujuannya untuk menjaga keselamatan bayi.



kapas yang diolesi *Betadine*. Terkadang bidan sulit untuk menentukan dan menemukan ujung kulit klitoris yang akan disunat karena bayi yang masih terlalu kecil, sehingga bila keadaannya demikian sunat tidak dilakukan dengan memotong ujung kulit melainkan dengan menusuk dan mencongkel ujung klitoris untuk sekedar menghilangkan sebagian kulit luarnya. Semua proses itu dilakukan pada pasien dalam keadaan sadar tanpa bius sama sekali, sehingga seorang bayi atau anak balita biasanya akan menangis sekencangkencangnya saat disunat karena merasa kesakitan. Orangtua si anak biasanya akan menghiburnya dengan kata-kata bahwa proses sunat itu penting untuk kebaikan si anak dalam menjalani kehidupan pernikahan dengan suaminya kelak.

Anjuran kuat bagi perempuan untuk melakukan sunat dari aspek kesehatan justru dapat membahayakan perempuan karena adanya risiko terjadinya perdarahan yang hebat, sementara di sisi lain belum ditemukan bukti kuat dampak positif sunat pada kesehatan perempuan. Justru tindakan sunat ini dikhawatirkan dapat mematikan sel-sel saraf penting yang ada pada klitoris, sehingga berdampak menurunkan sensasi kenikmatan yang dirasakan perempuan dalam melakukan hubungan seksual. Dalam hal ini terlihat bahwa perempuan diposisikan sebagai objek bagi kepentingan laki-laki. Dia diharuskan menjalani sunat alih-alih untuk memberikan kebahagiaan pada suaminya kelak saat menikah, sementara di sisi lain justru perempuan harus menanggung risiko kesehatan negatif dan berkurangnya kemampuan untuk merasakan kenikmatan dalam hubungan seks.

# BAB VI

## Epilog

### Bisakah Alokasi Anggaran dan Undang-undang Kesehatan Menyelamatkan Nyawa Ibu Miskin

#### 1. Pembiayaan Kesehatan menurut Undang-Undang No. 36/2009

Dalam Undang-Undang Kesehatan No. 36/2009 telah diatur bahwa besarnya anggaran kesehatan Pemerintah minimal dialokasikan sebesar 5% dari APBN di luar gaji. Dan, untuk pemerintah daerah propinsi, kabupaten/kota dialokasikan minimal 10% dari APBD diluar gaji. Bahkan, besarnya anggaran yang dimaksud sebesar 2/3 dari besarnya diprioritaskan untuk kepentingan pelayanan publik. Kepentingan pelayanan publik yang dimaksudkan disini adalah pelayanan yang dibutuhkan masyarakat untuk meningkatkan derajat kesehatannya.<sup>1</sup>

Hal ini diregulasikan berlandaskan pada pasal 2 Undang-Undang Kesehatan No. 36/2009 yang menyebutkan bahwa:

“Pembangunan kesehatan diselenggarakan dengan berasaskan perikemanusiaan, keseimbangan, manfaat, perlindungan, penghormatan terhadap hak dan kewajiban, keadilan, gender dan nondiskriminatif dan norma-norma agama”

Adalah menarik bahwa pada tataran peraturan, Pemerintah telah mendasarkan program pembangunan kesehatannya, termasuk penyediaan layanan publik pada asas keadilan dan gender. Sebagaimana yang tertera pada Undang-Undang Kesehatan No. 36/2009 pasal 3 ayat f bahwa:

“...penyelenggaraan kesehatan harus dapat memberikan pelayanan yang adil dan merata kepada semua lapisan masyarakat dengan pembiayaan yang terjangkau.

---

<sup>1</sup> Lihat Undang-Undang Kesehatan No. 36/2009, Bab XV, pasal 170-172 tentang Pembiayaan Kesehatan.

Pemerintah juga telah secara nyata menyebutkan pada Undang-Undang Kesehatan No. 36/2009 pasal 3 ayat g bahwa:

“...pembangunan kesehatan tidak membedakan perlakuan terhadap perempuan dan laki-laki”

Undang-Undang Kesehatan No. 36/2009, secara normatif telah mengatur dengan cukup baik mengenai pembangunan kesehatan termasuk pelayanan kepada publik. Cukup baik, karena telah menyatakan secara jelas bahwa pembangunan kesehatan seyogyanya dapat dijangkau oleh semua lapisan masyarakat dan tidak membedakan baik bagi laki-laki maupun perempuan.

Salah satu indikasi nyata bahwa Pemerintah telah menjalankan rencana kerjanya adalah tersedianya biaya yang memadai untuk pelaksanaan rencana kerjanya tersebut. Undang-Undang Kesehatan No. 36/2009 pasal 171 juga telah mengatur mengenai besaran alokasi anggaran kesehatan sebesar 5% dari APBN untuk Pemerintah dan 10% dari APBD untuk Pemerintah Propinsi, Kabupaten/Kota sebagaimana yang telah disebutkan di awal tulisan ini. Hal ini menunjukkan bahwa secara normatif, Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah telah memiliki acuan mengenai alokasi anggaran untuk pelaksanaan layanan publik yang terjangkau dan tidak membedakan baik bagi perempuan dan laki-laki.

Undang-Undang Kesehatan No. 36/2009 disahkan oleh DPR RI pada 14 September 2009 dan diharapkan antara lain dapat menjadi acuan bagi kebijakan pembiayaan kesehatan di Indonesia. Meskipun begitu, perlu selalu dilakukan upaya pemantauan atas pelaksanaan kebijakan pembiayaan kesehatan dan pelaksanaan pelayanan publik mengenai kesehatan di berbagai tempat di Indonesia.

Berikut ini, akan diambil sebuah ilustrasi pembiayaan kesehatan berdasarkan penelitian yang dilakukan Women Research Institute (WRI) pada tahun 2007-2008 mengenai Akses dan Pemanfaatan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Reproduksi bagi Perempuan Miskin di Tujuh Wilayah di Indonesia. Sekalipun data yang dipaparkan adalah data APBD tahun 2007, data tersebut dapat menggambarkan situasi yang selama ini terjadi di Indonesia. Seperti apakah gambaran pembiayaan kesehatan bagi kesehatan perempuan miskin di tujuh wilayah tersebut?

### **1.1. Kebijakan Pembiayaan Kesehatan<sup>2</sup>**

Kebijakan alokasi anggaran kesehatan reproduksi perempuan dapat dianalisis melalui belanja menurut program dan kegiatan. Analisis dilakukan dengan cara mengidentifikasi

---

<sup>2</sup> Sub Bab ini diambil dari tulisan Yuna Farhan “Menelusuri Kebijakan Alokasi Anggaran Kesehatan Reproduksi Perempuan di Tujuh Daerah”, dipresentasikan pada “Seminar Hasil Penelitian WRI tentang Akses dan Pemanfaatan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Reproduksi bagi Perempuan Miskin di Tujuh Wilayah di Indonesia, 30 Juni 2008.

program dan kegiatan yang berhubungan langsung dengan kesehatan reproduksi perempuan dan pengurangan Angka Kematian Ibu dan Bayi. Untuk itu, kajian ini hanya mencakup anggaran kesehatan reproduksi perempuan yang terdapat pada urusan kesehatan dan kesejahteraan keluarga. Namun, pada dasarnya tidak hanya program dan kegiatan ini saja yang dapat memberikan kontribusi langsung, beberapa program kegiatan pada urusan pendidikan juga memberikan kontribusi terhadap kesehatan reproduksi perempuan termasuk pengurangan Angka Kematian Ibu dan Bayi.

### 1.2. Gambaran Alokasi Anggaran Kesehatan di Tujuh Kabupaten/Kota

Secara umum gambaran mengenai alokasi anggaran kesehatan di tujuh wilayah dapat dilihat pada Tabel 6.1. Ke tujuh wilayah mengalokasi anggaran kesehatan antara 5-11% dari APBD-nya atau antara Rp. 40.000,- hingga Rp. 150.000,- per penduduk. Lebak dan Jembrana mengalokasikan anggaran kesehatan lebih besar dibandingkan wilayah lain. Lebak mengalokasikan sebesar 10,7% dari APBD dan Jembrana sebesar 10%. Sementara terendah adalah Kota Surakarta sebesar 5,8% dan Lombok Tengah 7,1%.

Namun, jika dilihat berdasarkan jumlah penduduk, Kabupaten Jembrana mengalokasi anggaran kesehatan tertinggi sebesar Rp. 151.000,- per kapita, diikuti Sumba Barat sebesar Rp. 95.000,- per kapita. Sementara Indramayu hanya mengalokasi anggaran kesehatan Rp. 41.000,- per - penduduk. Sementara itu, jika dilihat dari kapasitas fiskal atau kemampuan keuangan daerah, Jembrana merupakan daerah yang tergolong memiliki kapasitas fiskal terendah dan Indramayu merupakan daerah dengan kapasitas fiskal tertinggi dibanding daerah lainnya. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa, keterbatasan fiskal bukan merupakan faktor penghambat bagi pemerintah daerah untuk mengalokasikan anggaran kesehatan lebih besar. Selain Jembrana, daerah lain belum memadai untuk mencapai target MDGs yang mengharuskan belanja kesehatan Rp. 120.000,- per kapita.

**Tabel 6.1**  
**Alokasi Belanja Kesehatan**

No.	Daerah	Belanja Kesehatan		
		Jumlah (Juta)	% APBD	Per Kapita
1.	Indramayu	73.646	7,3	41,838
2.	Lombok Tengah	42.725	7,1	51,740
3.	Lebak	75.662	10,7	64,319
4.	Surakarta	37.155	5,8	65,934
5.	Lampung Utara	43.593	8	74,857
6.	Sumba Barat	38.098	9	95,182
7.	Jembrana	38.887	10	151,043

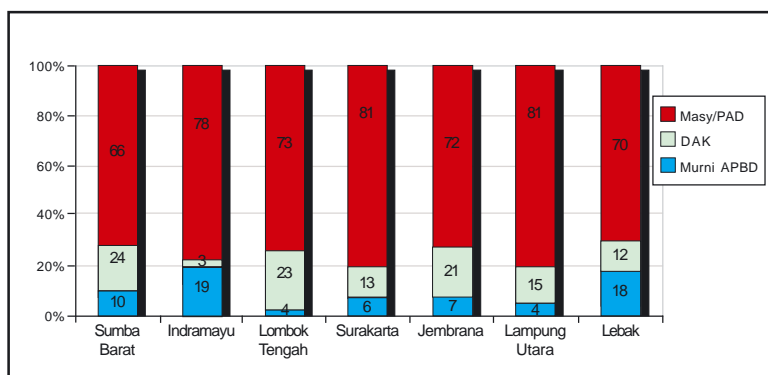
*Sumber:* Data diolah dari Dokumen APBD 2007

Kebijakan alokasi anggaran kesehatan juga dapat ditelaah berdasarkan sumber pembiayaannya. Sumber pembiayaan kesehatan, pada dokumen anggaran daerah (APBD)

dibedakan berdasarkan anggaran yang berasal dari restibusi kesehatan, Dana Alokasi Khusus (DAK) dan APBD murni. Hal ini dilakukan untuk mengetahui seberapa besar komitmen pemerintah daerah yang ditunjukkan pada APBD murni yang dialokasikan untuk kesehatan.

Grafik ini menggambarkan pembiayaan kesehatan menurut sumber pembiayaan. Pada grafik ini tampak bahwa ke tujuh wilayah mengalokasikan APBD murni untuk kesehatan antara 66% sampai 81% dari belanja kesehatannya. Sementara sisanya dibiayai DAK dan Pendapatan Asli Daerah (PAD). Kabupaten Lampung Utara dan Kota Surakarta mengalokasikan APBD murni sebesar 81%, tertinggi dibandingkan wilayah lain. Sementara Sumba Barat, mengalokasikan APBD murni terkecil 66%. 19% belanja kesehatan di Kabupaten Indramayu berasal dari PAD yang notabene merupakan kontribusi yang dipungut warga pada saat mengakses layanan kesehatan.

**Grafik 6.1.**  
**Belanja Berdasarkan Sumber**



### 1.3. Telaah Belanja Kesehatan Reproduksi Perempuan

Telaah belanja kesehatan reproduksi perempuan mencakup, urusan kesehatan dan urusan Keluarga Berencana (KB) dan keluarga sejahtera. Dalam struktur anggaran, pembagian belanja terdiri dari urusan, organisasi dan program kegiatan. Untuk menelaah lebih jauh kebijakan teknis program dan kegiatan kesehatan reproduksi perempuan diuraikan masing-masing kabupaten/kota sebagai berikut:

#### Kabupaten Lampung Utara

Kabupaten Lampung Utara mengalokasikan anggaran kesehatan sebesar 8% atau Rp. 75.000,- per kapita yang terbagi berdasarkan kelompok organisasi untuk dinas kesehatan sebesar 88% dan Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) 12%. Dan berdasarkan belanja langsung sebesar 54% (atau 4.32% dari APBD) dan belanja tidak langsung 46% (3.68% dari APBD).

Dari 54% belanja langsung program dan kegiatan, 9,04% atau 0,52% dari APBD dipergunakan kembali untuk administrasi aparatur, seperti sarana prasarana aparatur, disiplin aparatur. Pengadaan sarana prasarana kesehatan mendapatkan porsi terbesar 38,73% atau Rp.16,8 milyar. Besarnya alokasi sarana prasarana merupakan pembiayaan yang berasal dari DAK yang peruntukannya sudah ditetapkan oleh pemerintah Pusat. Sementara daerah memberikan kontribusi berupa dana pendamping sebesar 10%. Artinya, belanja kesehatan yang bersifat langsung untuk masyarakat, hanya sebesar 3,8% dari APBD atau Rp. 19,34 milyar, setelah dikurangi dengan belanja tidak langsung dan belanja administrasi birokrasi. Bahkan setelah dikurangi dengan DAK sebesar Rp. 6,6 milyar, dan PAD sektor kesehatan sebesar Rp. 1,5 milyar, maka komitmen Pemerintah Daerah Lampung Utara yang berasal dari APBD murni untuk kesehatan yang bersifat langsung ke masyarakat sebesar Rp. 11,2 milyar atau 1,9% dari APBD.

**Tabel 6.2**  
**Belanja Menurut Program dan Kegiatan pada Urusan Kesehatan**

No.	Program	Belanja Urusan Kesehatan		
		Jumlah (Juta)	% Urusan	% APBD
1.	Administrasi Aparatur	3.941	9,04	0,52
2.	Obat dan perbekalan kesehatan	1.543	3,54	0,27
3.	Upaya kesehatan Masyarakat	278	0,64	0,05
4.	Promosi Kesehatan	82	0,19	0,01
5.	Perbaikan Gizi	66	0,15	0,01
6.	Pengembangan Lingkungan Sehat	86	0,20	0,01
7.	Penanggulangan Penyakit Menular	321	0,74	0,06
8.	Standarisasi Pelayanan	61	0,14	0,01
9.	Peningkatan Sarana Prasarana	16.884	38,73	2,91
10.	Keselamatan Ibu Melahirkan dan Anak	27	0,06	0,005
11.	Peningkatan Peran Serta Masyarakat	257	0,59	0,04

*Sumber:* Data diolah dari APBD 2007 Kabupaten Lampung Utara

Dari Tabel 6.2. menunjukkan belanja yang dialokasikan secara khusus untuk keselamatan ibu melahirkan mendapatkan porsi terkecil sebesar Rp. 27 juta atau 0,06% dari belanja urusan kesehatan. Artinya, keselamatan ibu dan anak pada urusan kesehatan tidak mendapatkan perhatian yang cukup atau tidak menjadi prioritas dibandingkan program lain di Dinas Kesehatan.

Selain dialokasikan pada urusan kesehatan, alokasi untuk kesehatan reproduksi perempuan secara khusus, juga terdapat pada urusan KB dan keluarga sejahtera. Program terkait tersebut meliputi KB, kesehatan reproduksi remaja (KRR), pelayanan kontrasepsi, pelayanan KB/KRR mandiri dan tenaga pendamping bina keluarga dengan total Rp. 211,9 juta atau 0,04% dari APBD. Artinya, KRR pada urusan kesehatan dan KB baru mencapai Rp. 238,9 juta atau 0,1% dari APBD.

**Tabel 6.3**  
**Belanja Kesehatan Reproduksi Perempuan pada Urusan Keluarga Berencana**

No.	Program	Alokasi	% APBD
1.	Program Keluarga Berencana	40.000.000	0,01
2.	Program Kesehatan Reproduksi Remaja	23.500.000	0,004
3.	Program pelayanan kontrasepsi	55.050.000	0,01
4.	Program pembinaan peran serta masyarakat dalam pelayanan KB/KR yang mandiri	35.000.000	0,01
5.	Program penyiapan tenaga pendamping kelompok bina keluarga	58.425.000	0,01
<b>Total</b>		<b>211.975.000</b>	<b>0,04</b>

*Sumber:* Data diolah dari APBD 2007 Kabupaten Lampung Utara

## Kabupaten Lebak

Dari sisi alokasi, dibandingkan daerah lain, Kabupaten Lebak mengalokasikan anggaran kesehatan tertinggi sebesar 10,7% atau Rp. 75,6 milyar. Dari sisi proporsi, Kabupaten ini, juga mengalokasikan belanja langsung jauh lebih besar dibanding daerah lain. Belanja Langsung urusan kesehatan Kabupaten Lebak mencapai 75,9% atau Rp. 57,4 milyar dan Belanja tidak langsung 24,1% atau Rp. 18,2 milyar. Namun jika ditelusuri lebih dalam, belanja urusan kesehatan di Kabupaten Lebak terdiri dari tiga Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) yakni; Dinas Kesehatan, RSUD dan Dinas Kesejahteraan Sosial.

Berdasarkan program dan kegiatan, belanja urusan kesehatan yang dipergunakan untuk administrasi aparatur sebesar Rp. 11,2 milyar. Dengan demikian belanja kesehatan yang manfaatnya dirasakan langsung oleh masyarakat Rp. 45 milyar atau 6% dari APBD. Berkaitan dengan komitmen Pemerintah Daerah terhadap belanja layanan kesehatan,

**Tabel 6.4**  
**Belanja Program dan Kegiatan pada Urusan Kesehatan**

No.	Program/Kegiatan	Belanja Urusan Kesehatan (Dinkes + RSUD)		
		Jumlah (Juta)	% Urusan	% APBD
1.	Administrasi Aparatur	11.208	14,6	1,59
2.	Obat dan Perbekalan Kesehatan	4.550	6	0,65
3.	Upaya Kesehatan Masyarakat	783	1	0,11
4.	Promosi Kesehatan	147	0,2	0,02
5.	Perbaikan Gizi	8.692	11,5	1,23
6.	Pengembangan Lingkungan Sehat	922	1,2	0,13
7.	Penanggulangan Penyakit Menular	497	0,7	0,07
8.	YanKes Penduduk Miskin	861	1,1	0,12
9.	Peningkatan Sarana Prasarana Puskesmas	2.379	3,1	0,40
10.	Peningkatan SarPra Rumah Sakit	24.450	32,3	3,47
11.	Pemeliharaan SarPra Rumah Sakit	700	0,9	0,10
12.	Sumber Daya Kesehatan	1.140	1,5	0,16

*Sumber:* Data diolah dari APBD 2007 Kabupaten Lebak



maka belanja yang manfaatnya dirasakan langsung, perlu dilihat berdasarkan sumber pembiayaan yang berasal dari DAK sebesar Rp. 9 milyar dan kontribusi warga mengakses layanan kesehatan melalui PAD sektor kesehatan, yakni sebesar Rp. 13,4 milyar. Dengan demikian ini berarti, belanja layanan kesehatan yang langsung dirasakan warga yang berasal dari APBD murni besarnya adalah Rp. 22,6 milyar atau 3,2%.

Program yang mendapatkan alokasi terbesar adalah peningkatan sarana prasarana rumah sakit sebesar Rp. 24 milyar atau menyerap separuh lebih alokasi anggaran kesehatan diluar belanja program administrasi aparatur. Pembangunan tahap ke tiga Rumah Sakit Adjidarmo di Kabupaten Lebak, belum menunjukkan prioritas masalah layanan kesehatan yang mudah diakses warga miskin. Terbukti alokasi anggaran melalui subsidi regresif layanan kesehatan sekunder lebih menguntungkan kelompok kaya, dikarenakan penduduk miskin memiliki akses yang sangat rendah terhadap layanan rumah sakit umum<sup>3</sup>

Dari Tabel 6.4., tidak ada satupun program atau kegiatan yang secara eksplisit diperuntukkan bagi kesehatan reproduksi perempuan maupun penanggulangan Angka Kematian Ibu dan Bayi. Meskipun tidak dipungkiri, program kegiatan lain memberikan kontribusi terhadap kematian ibu dan reproduksi perempuan. Ini menunjukkan, besarnya alokasi anggaran kesehatan tidak menjadi jaminan diikuti dengan besarnya alokasi untuk kesehatan reproduksi perempuan.

Urusan KB dan Keluarga Sejahtera di Kabupaten Lebak berada pada domain Dinas KB dan Kependudukan yang mendapatkan alokasi sebesar Rp. 5,7 milyar atau 0,8% dari APBD. Sebesar Rp.232 juta atau 4,1% dialokasikan untuk administrasi aparatur dan Rp.900 juta atau 0,13% dari APBD dialokasikan untuk program dan kegiatan yang berhubungan dengan kesehatan reproduksi perempuan seperti diuraikan dalam Tabel 6.5. berikut:

**Tabel 6.5**  
**Belanja Program Dinas KB dan Kependudukan yang Berhubungan Dengan Kesehatan Reproduksi Perempuan**

No.	Program	Alokasi	% Dinas	% APBD
1.	Program Keluarga Berencana	425.000.000	7,4	0,06
2.	Program Kesehatan Reproduksi Remaja	25.000.000	0,4	0,00
3.	Program Pelayanan Kontrasepsi	400.000.000	7,0	0,06
4.	Pengarusutamaan Gender	50.000.000	0,9	0,01
<b>Total</b>		<b>900.000.000</b>	<b>15,7</b>	<b>0,13</b>

*Sumber:* Data Diolah APBD Lebak 2007

### Kabupaten Indramayu

Kabupaten Indramayu mengalokasikan anggaran kesehatan sebesar Rp. 73,6 milyar atau 7,3% dari APBD 2007. Porsi belanja langsung dialokasikan sebesar 59% atau Rp. 43,4 milyar (4,3% APBD). Dimana 37,2% belanja langsung ini dialokasikan untuk Dinas

<sup>3</sup> World Bank, 2007. Kajian Pengeluaran Publik Indonesia 2007: Memaksimalkan Peluang Baru.

Kesehatan sebesar Rp. 24,5 milyar dan 16,7% atau Rp. 11 milyar dialokasikan untuk RSUD.

Belanja urusan kesehatan menurut program dan kegiatan, mengalokasikan belanja untuk administrasi aparat sebesar Rp. 9 milyar. Dengan demikian belanja yang manfaatnya dirasakan masyarakat hanya Rp. 34,4 milyar atau 3,4% dari APBD. Jika dilihat dari sisi pembiayaannya, kontribusi penduduk yang mengakses layanan kesehatan dalam bentuk PAD sebesar Rp. 13,8 milyar dan DAK sebesar Rp. 2,1 milyar. Artinya, pembiayaan murni APBD untuk layanan kesehatan yang dirasakan masyarakat langsung adalah sebesar Rp. 18,5 milyar atau 1,8%.

Berangkat dari alokasi belanja program dan kegiatan, peningkatan sarana prasarana rumah sakit mendapatkan alokasi anggaran terbesar Rp. 9,5 milyar, diikuti sarana prasarana Puskesmas dan jaringannya Rp. 8,1 milyar. Program yang secara khusus ditujukan untuk penanggulangan keselamatan ibu melahirkan dan anak, dari sisi alokasi program memperoleh alokasi terendah, yakni Rp. 18 juta. Hal ini menunjukkan, persoalan kematian ibu melahirkan tidak mendapatkan perhatian atau prioritas yang memadai oleh dinas kesehatan.

**Tabel 6.6**  
**Belanja Program dan Kegiatan Urusan Kesehatan**

No.	Program	Belanja Urusan Kesehatan		
		Jumlah (Juta)	% Urusan	% APBD
1.	Administrasi Aparatur	9.099	13,8	0,96
2.	Obat dan perbekalan Kesehatan	4.333	6,6	0,46
3.	Upaya Kesehatan Masyarakat	4.115	6,2	0,43
4.	Promosi Kesehatan	392	0,6	0,04
5.	Perbaikan Gizi	386	0,6	0,04
6.	Pengembangan Lingkungan Sehat	156	0,2	0,02
7.	Penanggulangan Penyakit Menular	873	1,3	0,09
8.	Standarisasi Pelayanan	164	0,2	0,02
9.	YanKes Penduduk Miskin	1.502	2,3	0,16
10.	Peningkatan Sarana Prasarana Puskesmas	8.128	12,3	0,86
11.	Peningkatan SarPra Rumah Sakit	9.509	14,4	1,00
12.	Pemeliharaan SarPra Rumah Sakit	203	0,3	0,02
13.	Program Kemitraan peningkatan pelayanan kesehatan	935	1,4	0,10
14.	Program peningkatan pelayanan kesehatan anak balita	71	0,1	0,01
15.	Program peningkatan pelayanan kesehatan Lansia	33	0,1	0,00
16.	Program pengawasan dan pengendalian kesehatan makanan	38	0,1	0,00
17.	Keselamatan Ibu melahirkan dan Anak	18	0,0	0,005

Sumber: Data Diolah APBD Indramayu 2007

Kesehatan reproduksi perempuan pada urusan Keluarga Berencana diuraikan dalam delapan program dengan total alokasi sebesar Rp. 1,03 milyar atau 0.11% dari total APBD. Dengan demikian, kesehatan reproduksi perempuan lebih banyak diakomodasi dalam urusan KB dan tidak pada urusan kesehatan, khususnya dalam hal penanganan ibu melahirkan.

**Tabel 6.7.**  
**Belanja Kesehatan Reproduksi Perempuan pada Urusan Keluarga Berencana**

No.	Program	Alokasi (Juta)	% Urusan	% APBD
1.	Program Keluarga Berencana	376	4,9	0,04
2.	Program pelayanan kontrasepsi	67	0,9	0,01
3.	Program pembinaan peran serta masyarakat dalam pelayanan KB/KR yang mandiri	397	5,2	0,04
4.	Program promosi kesehatan ibu, bayi dan anak melalui kelompok kegiatan di masyarakat	5	0,1	0,00
5.	Program pengembangan pusat pelayanan informasi dan konseling KRR	66	0,9	0,01
6.	Program peningkatan penanggulangan narkoba, PMS termasuk HIV/ AIDS	10	0,1	0,00
7.	Program pengembangan bahan informasi tentang pengasuhan dan pembinaan tumbuh kembang anak	36	0,5	0,00
8.	Program penyiapan tenaga pendamping kelompok bina keluarga	77	1,0	0,01
Total		1.034	13,6	0,11

*Sumber:* Data Diolah APBD Indramayu 2007

### Kota Surakarta

Urusan kesehatan Kota Surakarta berada dalam satu SKPD, yakni Dinas Kesehatan yang memperoleh alokasi anggaran sebesar Rp. 37 milyar atau 5.8% dari APBD. Belanja tidak langsung Dinas Kesehatan mendapatkan porsi 45.1% dan belanja langsung sebesar 54.9% (Rp. 20,3 milyar) atau 3.2% dari APBD. Dari belanja langsung tersebut, sebesar Rp. 3.9 milyar dipergunakan untuk program yang bersifat penguatan administrasi aparatur. Praktis, tersisa alokasi anggaran kesehatan yang dirasakan manfaat langsung oleh warga adalah sebesar Rp. 16.4 milyar atau 2.5% dari APBD.

Berbicara soal pembiayaan, warga memberikan kontribusi PAD sektor kesehatan sebesar Rp. 2,3 milyar dan DAK dari Pemerintah di tingkat pusat dialokasikan untuk sarana prasarana sebesar Rp. 4.9 milyar. Artinya, APBD murni yang dialokasikan untuk layanan kesehatan yang dirasakan langsung oleh masyarakat besarnya adalah Rp. 9.2 milyar (BL-DAK-PAD) atau 1.4% dari total APBD 2007. Secara khusus, Kota Surakarta belum mengalokasikan pelayanan kesehatan bagi warga miskin.

Secara khusus program keselamatan ibu melahirkan dan anak mendapatkan alokasi Rp. 441 juta atau 1.2% dari APBD. Alokasi anggaran terbesar diluar administrasi aparatur diperuntukkan bagi peningkatan sarana prasarana Puskesmas dan rumah sakit. Besarnya alokasi anggaran bagi sarana prasana merupakan bagian dari DAK dan unit biaya sarana prasarana yang jauh lebih besar dibandingkan program kegiatan lain. Dinas Kesehatan juga mengalokasikan lebih besar bagi perbekalan obat dan program upaya kesehatan masyarakat, sebagaimana diuraikan dalam Tabel 6.8. berikut ini:

**Tabel 6.8.**  
**Belanja Program dan Kegiatan Pada Dinas Kesehatan**

No.	Program	Belanja Urusan Kesehatan		
		Jumlah (Juta)	% Urusan	% APBD
1.	Administrasi Aparatur	3.944	10,6	0,62
2.	Obat dan perbekalan kesehatan	2.032	5,5	0,32
3.	Upaya kesehatan Masyarakat	1.532	4,1	0,24
4.	Pengawasan Obat Makanan	7	0,0	0,001
5.	Promosi Kesehatan	178	0,5	0,03
6.	Perbaikan Gizi	1.522	4,1	0,24
7.	Pengembangan Lingkungan Sehat	19	0,1	0,003
8.	Penanggulangan Penyakit Menular	949	2,6	0,15
9.	Standarisasi Pelayanan	411	1,1	0,06
10.	Peningkatan Sarana Prasarana Puskesmas	5.403	14,5	0,84
11.	Peningkatan SarPra Rumah Sakit	2.916	7,8	0,46
12.	Pemeliharaan SarPra Rumah Sakit	40	0,1	0,01
13.	Program Kemitraan peningkatan pelayanan kesehatan	717	1,9	0,11
14.	Program peningkatan pelayanan kesehatan anak balita	123	0,3	0,02
15.	Program peningkatan pelayanan kesehatan lansia	133	0,4	0,02
16.	Program pengawasan dan pengendalian kesehatan makanan	17	0,0	0,003
17.	Keselamatan Ibu melahirkan dan Anak	441	1,2	0,07

*Sumber:* Data Diolah APBD Indramayu 2007

Urusan Kesejahteraan Keluarga pada Kota Surakarta, tergabung dalam Dinas Sosial Kesejahteraan Rakyat, Pemberdayaan Perempuan dan KB, yang memperoleh alokasi anggaran sebesar Rp. 8,6 milyar atau 1.3% dari APBD. 5.7% atau Rp. 479 juta dari belanja dinas yang dialokasikan untuk program yang berhubungan dengan kesehatan reproduksi perempuan seperti diuraikan dalam Tabel 6.9. Namun minimnya alokasi program kegiatan ini, dikhawatirkan tidak mampu menyelesaikan persoalan kesehatan reproduksi perempuan. Secara keseluruhan, belanja kesehatan reproduksi perempuan pada Dinas Sosial dan Keselamatan Ibu dan Anak pada Dinas Kesehatan 1.2% dari APBD. Gambaran ini menunjukkan, Kota Surakarta memprioritaskan kesehatan reproduksi perempuan pada Keselamatan Ibu dan Anak.

**Tabel 6.9.**  
**Belanja Program Kesehatan Reproduksi Perempuan pada Dinas Sosial**

No.	Program/Kegiatan	Alokasi (Juta)	% Urusan	% APBD
1.	Program Keluarga Berencana	104	1,2	0,02
2.	Kesehatan Reproduksi Remaja	165	1,9	0,03
3.	Program pelayanan kontrasepsi	105	1,2	0,02
4.	Program pembinaan peran serta masyarakat dalam pelayanan KB/KR yang mandiri.	12	0,1	0,002
5.	Program promosi kesehatan ibu, bayi dan anak melalui kelompok kegiatan di masyarakat.	39	0,5	0,01
6.	Program pengembangan pusat pelayanan informasi dan konseling KRR.	26	0,3	0,004
7.	Program pengembangan bahan informasi tentang pengasuhan dan pembinaan tumbuh kembang anak.	15	0,2	0,002
8.	Program penyiapan tenaga pendamping kelompok bina keluarga	12	0,1	0,002
9.	Program pengembangan model operasional BKB-Posyandu-PADU.	15	0,2	0,002
Total		493	5,7	0,09

*Sumber:* Diolah APBD Surakarta 2007

### Kabupaten Jembrana

Kabupaten Jembrana merupakan daerah yang mengalokasikan belanja per kapita terbesar, yakni sebesar Rp. 15.000,- per kapita atau Rp. 38,8 milyar (10% APBD). Reformasi birokrasi melalui pemangkasan birokrasi yang dilakukan Jembrana dengan melebur urusan kesejahteraan sosial ke dalam Dinas Kesehatan. Sehingga terjadi efisiensi belanja pegawai mampu meningkatkan alokasi belanja publik, khususnya sektor kesehatan.

Sebanyak 60% belanja kesehatan dialokasikan untuk belanja langsung. Kecilnya belanja tidak langsung Jembrana menunjukkan efisiensi pembiayaan untuk birokrasi. Dari 6% atau Rp. 23,8 milyar APBD yang diperuntukkan untuk belanja langsung kesehatan, sebesar Rp. 8,2 milyar bersumber dari DAK dan Rp. 2,7 milyar berasal dari PAD sektor kesehatan. Dengan demikian Rp. 12,9 milyar atau 3.2% merupakan pembiayaan murni yang dialokasikan oleh APBD Jembrana. Namun jika dicermati, komponen belanja langsung kesehatan, sebesar Rp. 3,03 milyar diperuntukkan untuk peningkatan kapasitas birokrasi dan administrasi aparatur. Artinya, Rp. 9,87 milyar atau 2.4% dari total APBD, belanja langsung yang dirasakan masyarakat berasal dari APBD murni diluar PAD dan DAK sektor kesehatan.

Gambaran belanja program dan kegiatan kesehatan menunjukkan, prioritas kesehatan Jembrana pada program Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) sebesar Rp. 8 milyar atau 21% dari belanja kesehatan. Salah satu bentuk kegiatannya adalah jaminan kesehatan perorangan bagi warga Jembrana. Untuk sarana prasarana, Dinas Kesehatan mengalokasikan pembiayaan infrastruktur pada Puskesmas. Ini menunjukkan, layanan sarana prasarana yang diprioritaskan agar lebih mudah diakses kelompok miskin.

Secara khusus, sektor kesehatan mengalokasikan belanja bagi keselamatan Ibu dan Anak sebesar Rp. 300 juta atau 0.07% dari total APBD. Program-program lain yang bersifat preventif dilihat juga dapat memberikan kontribusi pada kesehatan reproduksi perempuan dan keselamatan ibu melahirkan.

**Tabel 6.10.**  
**Belanja Program dan Kegiatan Urusan Kesehatan**

No.	Program	Belanja Urusan Kesehatan		
		Jumlah (Juta)	% Urusan	% APBD
1.	Administrasi Aparatur	3.033	7,8	0,80
2.	Obat dan persediaan kesehatan	150	0,4	0,04
3.	Upaya kesehatan Masyarakat	8.108	20,9	0,24
4.	Pengawasan Obat Makanan	50	0,1	0,01
5.	Promosi Kesehatan	24	0,1	0,01
6.	Perbaikan Gizi	250	0,6	0,06
7.	Pengembangan Lingkungan Sehat	128	0,3	0,03
8.	Penanggulangan Penyakit Menular	64	0,2	0,02
9.	Peningkatan Sarana Prasarana Puskesmas	9.237	23,8	2,30
10.	Program peningkatan pelayanan kesehatan anak balita	98	0,3	0,02
11.	Program peningkatan pelayanan kesehatan lansia	40	0,1	0,01
12.	Program pengawasan dan pengendalian kesehatan makanan	20	0,1	0,01
13.	Keselamatan Ibu melahirkan dan Anak	300	0,8	0,07

Sumber: Data Diolah APBD 2007

Perampangan birokrasi juga berlaku pada urusan KB yang berada satu atap pada Dinas Tenaga Kerja dan Kependudukan Catatan Sipil. Pada urusan keluarga berencana, sebesar Rp. 170 juta atau 0.038% dari APBD diperuntukkan untuk program-program yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi perempuan. Secara keseluruhan, layanan kesehatan reproduksi perempuan pada urusan kesehatan dan keluarga berencana mencapai

**Tabel 6.11.**  
**Belanja Program Kegiatan Urusan Keluarga Berencana**

No.	Program/Kegiatan	Alokasi (Juta)	% Urusan	% APBD
1.	Administrasi Aparatur			
2.	Program Keluarga Berencana	50	0,9	0,01
3.	Kesehatan Reproduksi Remaja	56	1,0	0,01
4.	Program pelayanan kontrasepsi	56	1,0	0,01
5.	Program pengembangan pusat pelayanan informasi dan konseling KRR	2	0,1	0,004
6.	Penanggulangan narkoba PMS, HIV AIDS	1	0,02	0,000
7.	Program pengembangan bahan informasi tentang pengasuhan dan pembinaan tumbuh kembang anak	2	0,05	0,002
8.	Program penyiapan tenaga pendamping kelompok bina keluarga	3	0,1	0,002
Total		170	4,17	0,038

Sumber: Diolah APBD 2007

0.1% dari APBD atau Rp. 470 juta. Jika dibandingkan dengan daerah lain, alokasi ini relatif kecil, namun karena adanya jaminan layanan kesehatan perorangan, diharapkan dapat memberikan kontribusi signifikan pada kesehatan reproduksi perempuan.

### Kabupaten Lombok Tengah

Dari Rp. 42,7 milyar atau 7.1% belanja urusan kesehatan yang dialokasikan Lombok Tengah, sebanyak 4% atau Rp. 25 milyar (59% dari belanja kesehatan) dialokasikan untuk belanja langsung. Namun, pada belanja langsung urusan kesehatan ini, masih terdapat belanja bagi penguatan kapasitas atau administrasi aparatur, yang manfaatnya kurang dirasakan langsung oleh masyarakat, yakni sebesar Rp. 2,6 milyar. Jika dilihat, dari sisi pembiayaan, sebesar Rp. 10 milyar berasal dari DAK dan Rp. 1,7 milyar berasal dari kontribusi warga melalui PAD sektor kesehatan. Artinya, pembiayaan murni APBD untuk program kegiatan urusan kesehatan bagi masyarakat, besarnya adalah Rp. 10,6 milyar atau 1.8% dari total APBD.

Prioritas belanja program dan kegiatan urusan kesehatan dialokasikan untuk peningkatan sarana prasarana Puskesmas dan jaringannya sebesar Rp. 15,6 milyar atau 29% dari belanja urusan kesehatan. Prioritas kedua diperuntukkan untuk upaya kesehatan masyarakat yang diantaranya digunakan untuk pengadaan alat farmasi sebesar Rp. 4 milyar. Secara khusus, Kabupaten Lombok Tengah tidak mengalokasikan program bagi keselamatan ibu maupun kesehatan reproduksi perempuan. Meskipun, terdapat kegiatan-

**Tabel 6.12.**  
**Belanja Program dan Kegiatan Urusan Kesehatan**

No.	Program	Belanja Urusan Kesehatan		
		Jumlah (Juta)	% Urusan	% APBD
1.	Administrasi Aparatur	2.262	4,2	0,54
2.	Obat dan persediaan kesehatan	93	0,2	0,02
3.	Upaya kesehatan Masyarakat	6.024	11,3	1
4.	Pengawasan Obat Makanan	7	0,0	0,001
5.	Promosi Kesehatan	320	0,6	0,05
6.	Perbaikan Gizi	517	1,0	0,09
7.	Pengembangan Lingkungan Sehat	497	0,9	0,08
8.	Penanggulangan Penyakit Menular	1.037	1,9	0,17
9.	Standarisasi Pelayanan	1.018	1,9	1,71
10.	Peningkatan Sarana Prasarana Puskesmas	15.668	29,3	2,6
11.	Peningkatan SarPra Rumah Sakit	2.829	5,3	0,47
12.	Pemeliharaan SarPra Rumah Sakit	116	0,2	0,02
13.	Program Kemitraan peningkatan pelayanan kesehatan	105	0,2	0,02
14.	Program peningkatan pelayanan kesehatan anak balita	441	0,8	0,07
15.	Program peningkatan pelayanan kesehatan lansia	61	0,1	0,01
16.	Program pengawasan dan pengendalian kesehatan makanan	55	0,1	0,01

Sumber: Data Diolah APBD 2007



kegiatan yang berhubungan dengan keselamatan Ibu, namun kegiatan-kegiatan yang dilakukan tidak terlalu substansi, seperti penyuluhan dan pertemuan-pertemuan. Alokasi anggaran yang ditujukan untuk sarana prasarana Rumah Sakit, sebesar Rp.2,8 milyar, terbukti tidak mampu mendekatkan layanan kesehatan yang dapat diakses warga miskin dengan mudah.

### Kabupaten Sumba Barat

Kabupaten Sumba Barat mengalokasikan anggaran untuk kesehatan sebesar Rp. 38 milyar atau 9% dari APBDnya. Sebanyak Rp. 21 milyar atau 57%nya dialokasikan untuk belanja langsung. Namun, dalam belanja langsung ini masih terdapat program kegiatan untuk administrasi aparatur sebesar Rp. 653 juta. Jika dilihat dari pembiayaannya, Rp.9,2 milyar berasal dari DAK dan Rp. 3,7 milyar berasal dari kontribusi masyarakat melalui PAD sektor kesehatan. Dengan demikian, APBD murni Sumba Barat yang dialokasikan langsung ke masyarakat sebesar Rp. 7,3 milyar atau 2% dari APBD murninya.

Belanja kesehatan menurut program dan kegiatannya, seperti daerah lain, sebagai daerah miskin yang minim infrastruktur, alokasi terbesar diperuntukkan bagi peningkatan sarana prasarana Puskesmas dan jaringannya, yakni sebesar Rp. 12,6 milyar atau 27.7% dari belanja urusan kesehatan. Besarnya alokasi fisik ini merupakan konsekuensi dari DAK yang mengharuskan penggunaannya bagi sarana prasarana kesehatan dan unit biaya fisik yang jauh lebih besar dibandingkan program kegiatan lain.

**Tabel 6.13.**  
**Belanja Program Urusan Kesehatan**

No.	Program	Belanja Urusan Kesehatan		
		Jumlah (Juta)	% Urusan	% APBD
1.	Administrasi Aparatur	653	1,4	0,15
2.	Obat dan persediaan kesehatan	1.329	2,9	0,31
3.	Upaya kesehatan Masyarakat	2.001	4,4	0,47
4.	Pengawasab Obat Makanan	17	0,0	0,00
5.	Promosi Kesehatan	83	0,2	0,02
6.	Perbaikan Gizi	149	0,3	0,04
7.	Penanggulangan Penyakit Menular	236	0,5	0,06
8.	Yankes Masyarakat Miskin	47	0,1	0,01
9.	Peningkatan Sarana Prasarana Puskesmas	12.630	27,7	2,98
10.	Peningkatan SarPra Rumah Sakit	3.791	8,3	0,89
11.	Pemeliharaan SarPra Rumah Sakit	140	0,3	0,03
12.	Program Kemitraan peningkatan pelayanan kesehatan	1.394	3,1	0,33
13.	Program peningkatan pelayanan kesehatan anak balita	145	0,3	0,02
14.	Program Sumber Daya Kesehatan	2.816	6,2	0,66
15.	Program Dana pendamping DHS II	683	1,5	0,16
16.	Pemberdayaan Tenaga Kesehatan	1.342	2,9	0,32

Sumber: Data Diolah APBD 2007

Program sumber daya kesehatan merupakan prioritas kedua setelah sarana kesehatan, yang mendapat alokasi sebesar Rp. 2,8 milyar. Beberapa diantaranya diperuntukkan pada tambahan honorarium tenaga kesehatan. Upaya kesehatan masyarakat yang didalamnya terdapat asuransi kesehatan bagi masyarakat miskin sebesar Rp. 1,5 milyar merupakan prioritas ketiga.

Sementara anggaran reproduksi perempuan, secara spesifik dialokasikan pada program peningkatan pelayanan kesehatan anak balita yang mencakup kegiatan: pelatihan audit maternal prenatal, sosialisasi kesehatan reproduksi, pelatihan pelayanan kesehatan peduli remaja, pelatihan konselor sebaya dan validasi data pembinaan bidan, dengan alokasi anggaran sebesar Rp. 110 juta atau 0.03% dari APBD.

Urusan KB berada pada dinas Kependudukan Catatan Sipil dan KB. Dengan program-program yang memberikan kontribusi pada kesehatan reproduksi perempuan sebesar Rp. 493 juta atau 0.09% dari APBD. Artinya secara keseluruhan, Sumba Barat mengalokasikan anggaran untuk kesehatan reproduksi perempuan pada urusan kesehatan dan KB, sebesar Rp. 603 juta atau 0.12% dari APBD.

**Tabel 6.14.**  
**Belanja Program Kegiatan Urusan Keluarga Berencana**

No.	Program/Kegiatan	Alokasi (Juta)	% Urusan	% APBD
1.	Program Keluarga Berencana	123.550.000	2,8	0,03
2.	Program pelayanan kontrasepsi	673.275.000	15,2	0,16
3.	Program pengembangan bahan informasi tentang pengasuhan dan pembinaan tumbuh kembang anak.	297.140.000	6,7	0,07
<b>Total</b>		<b>493</b>	<b>5,7</b>	<b>0,09</b>

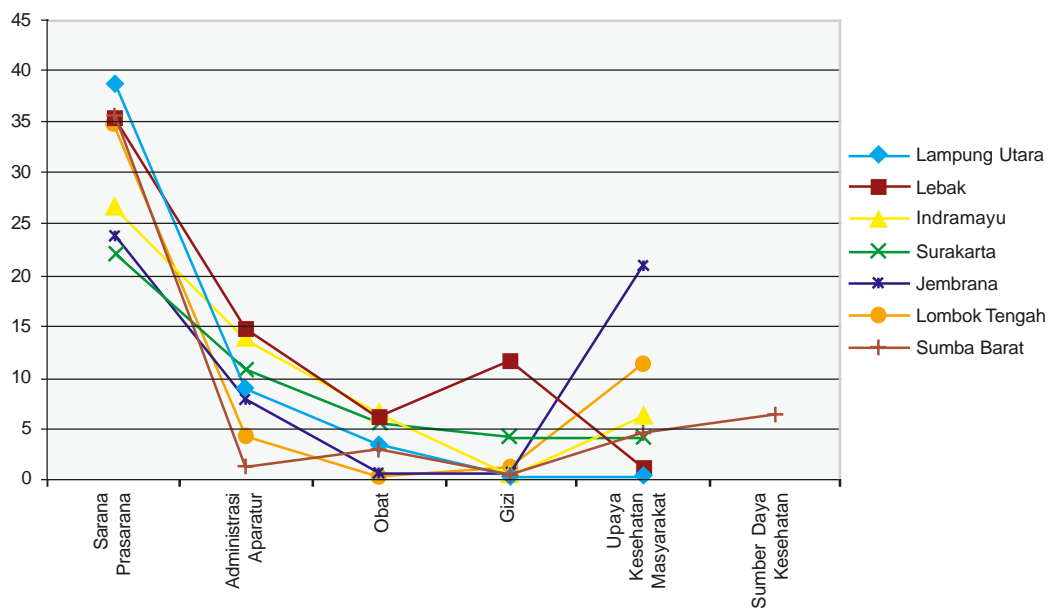
*Sumber:* Data Diolah APBD 2007

#### 1.4. Analisis Komparasi Belanja Reproduksi Perempuan di Tujuh Daerah

Antara 23% sampai 39% belanja urusan kesehatan di lokasi studi, diprioritaskan untuk peningkatan sarana prasarana kesehatan. Peningkatan sarana prasarana kesehatan memperoleh alokasi terbesar pada tujuh wilayah penelitian. Besarnya alokasi pada sarana fisik kesehatan disebabkan oleh syarat alokasi DAK Kesehatan yang mengharuskan peruntukkannya sarana fisik. Selain itu, unit biaya sarana fisik jauh lebih tinggi dari pada unit biaya untuk program dan kegiatan lain. Namun, khusus Kabupaten Lebak dan Indramayu lebih memprioritaskan peningkatan sarana dan prasarana rumah sakit daripada Puskesmas dan jaringannya. Sementara itu, terlihat bahwa akses masyarakat miskin pada layanan rumah sakit relatif rendah, daripada layanan kesehatan primer di Puskesmas. Kabupaten Lampung Utara mengalokasikan belanja sarana fisik kesehatan terbesar dan seluruhnya dialokasikan untuk peningkatan sarana prasarana Puskesmas. Kabupaten Jember dan Kota Surakarta, mengalokasikan anggaran sarana fisik terkecil dibandingkan wilayah lain. Dua wilayah ini menunjukkan, bahwa ketersediaan sarana fisik bukan hal yang utama untuk peningkatan layanan kesehatan.

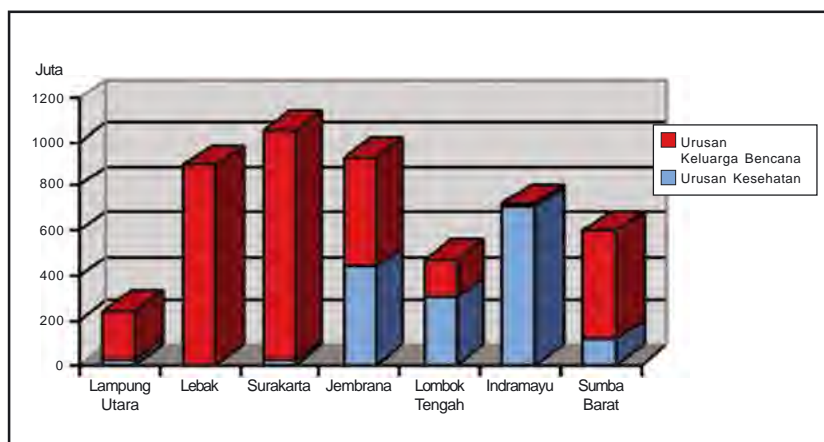
Kabupaten Lebak, Indramayu, Lampung Utara dan Kota Surakarta, mengalokasikan prioritas kedua terbesar untuk peningkatan kapasitas administrasi aparatur. Kabupaten Lebak mengalokasikan 15% dan Indramayu 14%. Khusus Jembrana dan Lombok Tengah prioritas kedua dialokasikan untuk Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM). Salah satu kegiatan UKM Kabupaten Jembrana adalah jaminan kesehatan perorangan. Sementara Kabupaten Lombok Tengah, justru mengalokasikan untuk pengadaan alat farmasi. Khusus Kabupaten Sumba Barat prioritas kedua dialokasikan untuk sumber daya kesehatan, yang sebagian besar diperuntukkan bagi honor dan tunjangan tenaga kesehatan. Gambaran grafik berikut ini menunjukkan prioritas ketiga program urusan kesehatan yang mengalokasikan untuk pengadaan obat dan gizi. Kecuali Lombok Tengah, Sumba Barat dan Jembrana.

**Grafik 6.2.**  
**Belanja Program Kegiatan Urusan Kesehatan**



Belanja yang secara khusus diperuntukkan bagi Kesehatan Reproduksi Perempuan dan Keselamatan Ibu Melahirkan berada pada urusan Kesehatan dan urusan KB. Kota Surakarta dan Kabupaten Jembrana secara khusus mengalokasikan anggaran Keselamatan Ibu Melahirkan dan Anak pada urusan kesehatan yang jauh lebih besar dibandingkan wilayah lain. Kabupaten Indramayu dan Lebak lebih banyak mengalokasikan anggaran kesehatan reproduksi perempuan pada urusan KB yang diantaranya mencakup kegiatan pelayanan KB dan penanggulangan penyakit menular seksual.

**Grafik 6.3.**  
**Belanja Program Kesehatan Reproduksi Perempuan**  
**dan Keselamatan Ibu Melahirkan**



### 1.5. Mampukah Pengaturan Pembiayaan Kesehatan dalam UU Kesehatan No. 36/2009 Menyelamatkan Kesehatan Perempuan?

Apabila kita tengarai temuan mengenai pembiayaan kesehatan di tujuh kabupaten/kota dan kaitannya dengan Angka Kematian Ibu (AKI), maka akan terlihat bahwa kabupaten Indramayu, Lebak dan Sumba Barat memiliki AKI yang tinggi, Sementara kabupaten Jembrana yang memiliki AKI yang relatif rendah, justru mengalokasikan anggaran kesehatan lebih besar, yaitu Rp. 151.000,- per kapita dibandingkan Indramayu yang hanya mengalokasikan sebesar Rp. 41.000,- per kapita.

Lebih lanjut lagi, Kabupaten Jembrana dan Kabupaten Sumba Barat yang merupakan daerah dengan kapasitas fiskal rendah justru mengalokasikan belanja kesehatan lebih besar seperti Jembrana 9,7% atau Rp. 151.000,- per kapita, Kabupaten Sumba Barat 9% atau Rp. 95.000,- per kapita dan Kabupaten Lebak 10,7%. Kebalikannya, daerah dengan kapasitas fiskal tinggi, seperti kota Surakarta mengalokasikan sebesar 5,8% atau Rp. 66.000,- per kapita, Kabupaten Indramayu mengalokasikan sebesar 7,3% atau Rp. 41.000,- per kapita. Hal ini menunjukkan bahwa, hambatan keterbatasan fiskal atau ketiadaan pendanaan bukanlah hambatan untuk mengalokasikan anggaran kesehatan lebih besar.

Ke tujuh wilayah mengalokasikan anggaran sarana prasarana pada prioritas pertama. Hal ini disebabkan oleh karena alokasi penggunaan DAK ditetapkan hanya untuk sarana kesehatan. Kabupaten Indramayu dan Kabupaten Lebak lebih banyak mengalokasikan anggaran sarana fisik untuk rumah sakit dibandingkan Puskesmas. Sementara, Rumah Sakit terbukti merupakan layanan yang sulit diakses masyarakat miskin. Kabupaten Jembrana dan Kota Surakarta, mengalokasikan anggaran sarana fisik terendah dibandingkan daerah lain.

**Tabel 6.15.**  
**Perbandingan Anggaran Kesehatan dan Angka Kematian Ibu**

No.	Daerah	Belanja (Juta)	Per Kapita (Ribu)	Alokasi (%)	AKI
1.	Jembrana	38.887	151	10	54
2.	Sumba Barat	38.098	95	9	245
3.	Lampung Utara	43.593	75	8	32
4.	Surakarta	37.155	66	5,8	50
5.	Lebak	75.662	64	10,7	159
6.	Lombok Tengah	42.725	51	7,1	89
7.	Indramayu	73.646	41	7,3	281

Kabupaten Jembrana dan Kota Surakarta mengalokasikan paling besar anggaran kesehatan reproduksi perempuan, khususnya Keselamatan Ibu melahirkan. Sementara, Kabupaten Indramayu dan Kabupaten Lebak, meskipun secara keseluruhan mengalokasikan anggaran kesehatan reproduksi perempuan, namun lebih banyak mendapatkan alokasi dari anggaran program KB. Rata-rata anggaran kesehatan reproduksi perempuan masih berada pada kisaran antara 0,1-1% dari APBD. Anggaran tertinggi dialokasikan oleh Kota Surakarta yang mencapai 1% dari APBD.

Dari sisi regulasi keuangan daerah, penyeragaman program dan kegiatan pada format anggaran menjadi hambatan. Karena, permasalahan reproduksi perempuan, dan angka kematian ibu dan bayi, penyebabnya bervariasi pada setiap wilayah. Sehingga, intervensinya tidak bisa dilakukan dengan program dan kegiatan yang seragam. Selain itu, politik anggaran belum berpihak pada sektor kesehatan, secara politik, kesehatan masih dipandang sebagai belanja sosial ketimbang investasi.

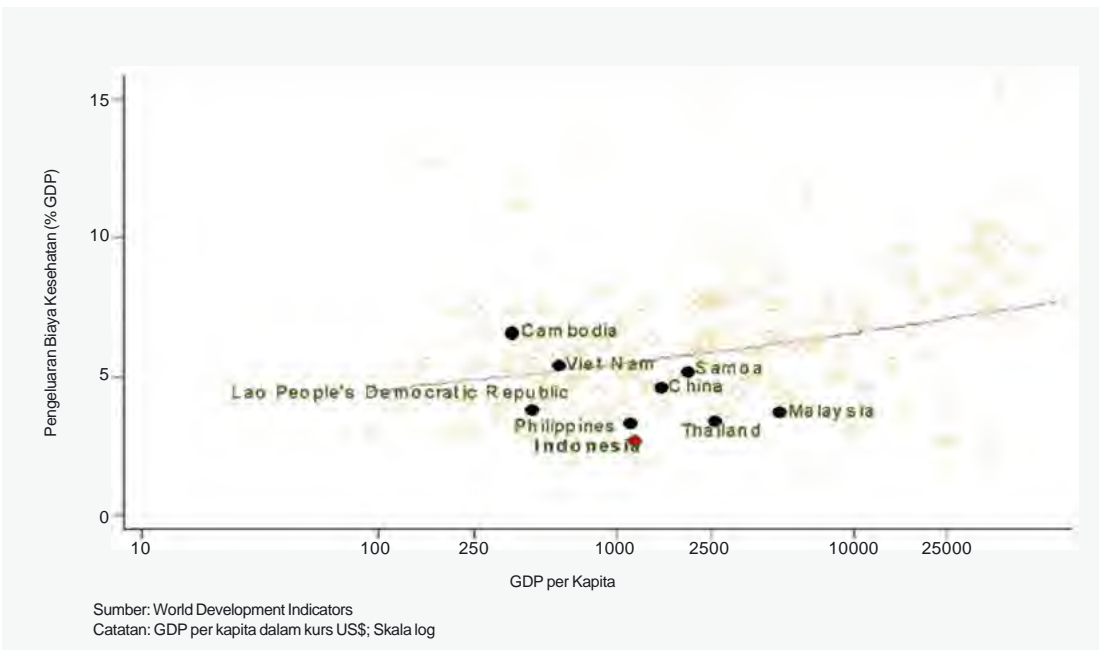
Merujuk kembali pada pernyataan pembukaan tulisan ini yang menyebutkan bahwa Undang-Undang Kesehatan No. 36/2009 telah mengatur besaran pembiayaan kesehatan daerah sebesar minimal 10% dari APBD, tampaknya telah dipenuhi oleh dua diantara tujuh kabupaten/kota wilayah penelitian WRI. Yakni, Kabupaten Jembrana (10%) dan Kabupaten Lebak (10,7%). Temuan penelitian WRI menunjukkan bahwa kisaran anggaran untuk kesehatan antara 5-10,7%, namun anggaran untuk kesehatan perempuan kurang dari 1%, kecuali Kota Surakarta. Berdasarkan gambaran mengenai anggaran di tujuh kabupaten/kota tersebut, tampaknya masih dibutuhkan waktu yang panjang untuk terlaksananya pengaturan pembiayaan kesehatan sebagaimana yang diatur dalam Undang-Undang tersebut. Pembiayaan untuk kesehatan umum saja belum semua daerah memenuhi kebutuhan minimalnya. Apalagi, yang berhubungan dengan kesehatan perempuan yang masih kurang dari 1%. Agaknya, Undang-Undang Kesehatan yang terbaru sekalipun sudah menyatakan bahwa landasan bekerjanya menggunakan asas keadilan dan gender belum mampu mendorong meningkatnya jumlah pembiayaan untuk kesehatan perempuan. Sementara, kesehatan perempuan di Indonesia masih belum menggembirakan kondisinya. Salah satu indikatornya adalah masih tingginya AKI di Indonesia (228/100.000)<sup>4</sup>. Di

<sup>4</sup> Data Departemen Kesehatan 2009.

titik ini, terlihat bahwa sekalipun Undang-Undang Kesehatan sudah mengatur besaran minimal pembiayaan kesehatan, namun belum cukup mampu mendorong daerah untuk mengalokasikan anggaran kesehatan, terutama kesehatan ibu, yang memadai agar pasti dapat menyelamatkan nyawa perempuan di Indonesia. Betapa tidak mampu menyelamatkan, apabila gambaran pembiayaan kesehatan perempuan masih ada yang kurang dari 1%?

Grafik di bawah ini mengkonfirmasi bahwa Indonesia adalah negara yang paling kecil pengeluarannya dalam pembiayaan kesehatan diantara negara-negara di Asia (2004). Dengan demikian, patut dipikirkan beberapa hal yang dapat dilakukan untuk meningkatkan pembiayaan kesehatan baik secara umum maupun bagi kesehatan perempuan.

**Grafik 6.4.**  
**Pengeluaran Biaya Kesehatan vs Penghasilan, 2004**



Undang-Undang Kesehatan No. 36/2009 dapat menjadi peluang meningkatnya pembiayaan kesehatan di Indonesia dan menjadi rujukan untuk meningkat jumlah pembiayaan kesehatan baik secara umum maupun bagi kesehatan perempuan.

Untuk itu, agaknya ada dua hal penting sehubungan dengan anggaran dari penelitian di tujuh kabupaten/kota yang perlu diperhatikan lebih lanjut. Pertama, belum pernah ada Analisa Standar Belanja (ASB), program, kegiatan dan unit biaya yang diperlukan untuk penurunan AKI/AKB dan kesehatan reproduksi perempuan. Sehingga dapat diketahui berapa pembiayaan yang diperlukan untuk mengurangi satu kasus kematian ibu atau bayi.

Kedua, formulasi anggaran belum berpihak pada kelompok perempuan miskin. Ruang Musyawarah Perencanaan Pembangunan (Musrenbang) masih bersifat netral dan rawan pembajakan oleh elit di tingkat lokal. Suara kelompok perempuan miskin, apalagi berbicara soal kesehatan reproduksi perempuan pada forum Musrenbang belum terakomodasi. Tampaknya, perlu ada ruang khusus bagi kelompok perempuan untuk menyuarakan kebutuhannya, khususnya persoalan kesehatan reproduksi perempuan. Dengan demikian, pengaturan pembiayaan kesehatan yang dapat menyelamatkan kesehatan perempuan dapat diperoleh.

## 2. Kebijakan Jaminan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin

Kesehatan merupakan aset paling berharga yang dimiliki oleh manusia. Definisi Kesehatan sebagaimana yang termaktub dalam Undang-Undang kesehatan No. 36 tahun 2009 pasal 1 adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomi. Dengan tubuh dan jiwa yang sehat manusia akan mampu untuk melakukan aktifitas penting bagi kehidupan guna membangun kesejahteraan individu, keluarga dan negara dalam ruang lingkup yang lebih luas. Karenanya kesehatan menjadi salah satu modal penting pembangunan yang harus mendapatkan perhatian utama dari negara. Tercapainya derajat kesehatan yang tinggi dari masyarakat akan menjadi salah satu faktor penting yang menunjang kelangsungan pembangunan.

Pertanyaannya kemudian adalah bagaimana caranya agar setiap warga masyarakat mampu mencapai derajat kesehatan yang memadai, siapakah yang bertanggungjawab untuk mewujudkannya? Dibutuhkan beberapa kondisi prasyarat guna mewujudkan derajat kesehatan yang memadai, diantaranya adalah tersedianya sarana dan prasarana fasilitas pelayanan kesehatan, berikut SDM yang berkualitas yang merata dan dapat diakses oleh masyarakat yang membutuhkan. Berikutnya adalah daya dan kemampuan untuk dapat mengakses berbagai fasilitas pelayanan kesehatan yang tersedia, yang mensyaratkan adanya waktu, jarak tempuh yang terjangkau serta kemampuan untuk membayar (*ability to pay*). Namun dalam realitas, kemiskinan masyarakat dan juga tidak meratanya ketersediaan sarana dan fasilitas kesehatan menjadi kendala utama bagi tercapainya kondisi sehat sebagaimana yang diinginkan.

Dalam Undang-Undang Kesehatan No. 36 tahun 2009 pasal 5 menyebutkan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan ayat (1), dan selanjutnya pada ayat dua disebutkan bahwa setiap orang mempunyai hak dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau. Artinya disini setiap orang baik itu memiliki kemampuan secara ekonomi ataupun mereka yang tergolong miskin berhak untuk dapat menikmati pelayanan kesehatan secara adil. Untuk menjawab adanya kebutuhan hak tersebut Indonesia sendiri telah meratifikasi



Konvenan Hak Ekonomi, Sosial dan Budaya pada tahun 2006<sup>5</sup> Salah satu konsekuensinya adalah Negara wajib menjamin pemenuhan hak atas kesehatan, termasuk fasilitas kesehatan yang terjangkau dan mekanisme penyelesaian hukum atas pelanggaran hak atas kesehatan. Adanya tanggungjawab pemerintah dalam upaya mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi warga negaranya telah diatur dalam Undang-Undang Kesehatan No.36 Tahun 2009 pada pasal 14 ayat (1) dan ayat (2)<sup>6</sup>.

Dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), terdapat lima program jaminan sosial antara lain jaminan kesehatan, kecelakaan kerja, kematian, hari tua, pensiun. Perundangan tersebut mengamanatkan Negara membayar premi asuransi kesehatan orang miskin. Kewajiban pemerintah dalam menjamin tercapainya kesehatan masyarakat semakin diperkuat dalam Undang-Undang Kesehatan No. 36 tahun 2009 pasal 20 sebagaimana tersebut dibawah ini,

### Pasal 20

- (1) Pemerintah bertanggungjawab atas pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat melalui sistem jaminan sosial nasional bagi upaya kesehatan perorangan.
- (2) Pelaksanaan sistem jaminan sosial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Sementara itu guna menjamin kelancaran pelaksanaan tugas pemerintah dalam menyediakan sarana dan fasilitas pelayanan kesehatan bagi seluruh masyarakat, dikeluarkan beberapa kebijakan pendukung lainnya yakni diantaranya yang telah ada adalah Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 004/Menkes/SK/I/2003 tentang Kebijakan dan Strategi Desentralisasi Bidang Kesehatan. Kebijakan nasional ini menjadi dasar bagi upaya-upaya penyelenggaraan pelayanan kesehatan serta kebijakan kesehatan di tingkat daerah yang bersifat otonom sesuai dengan kondisi dan kebutuhan setiap daerah masing-masing. Kebijakan lainnya adalah Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 574/Menkes/SK/V/2000 tentang Kebijakan Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010.

Kebijakan ini diikuti dengan kebijakan lain yang mengatur lebih rinci bagaimana pelaksanaan pembangunan kesehatan menuju Indonesia sehat 2010 dapat diwujudkan,

---

<sup>5</sup> Tahun 2006, melalui Undang-Undang No. 11/2006 Indonesia meratifikasi Konvensi HAM Ekonomi Sosial Budaya. Ratifikasi ini mempertegas tanggung jawab negara sebagai pengemban kewajiban (*duty bearer*) untuk dapat memenuhi kebutuhan minimal hak-hak ekonomi sosial budaya. Yaitu kemampuan negara menyediakan prasarana dan keahlian yang minimal dalam fasilitas penyediaan pangan, pendidikan, kesehatan, perumahan dan pekerjaan yang memungkinkan bagi setiap individu anggota komunitas di satu wilayah negara, baik di tingkat pusat maupun di berbagai daerah untuk hidup minimal dengan layak. (*right to livelihood*). Tanggung jawab ini tentunya diikuti dengan mekanisme akuntabilitas negara terhadap pelaksanaan dan perlindungan hak-hak ekonomi sosial budaya. (sumber: [http://pusham.uui.ac.id/upl/article/id\\_ekosob1raf1.pdf](http://pusham.uui.ac.id/upl/article/id_ekosob1raf1.pdf), di akses 18 Januari 2010)

<sup>6</sup> Pasal 14 ayat (1): Pemerintah bertanggung jawab merencanakan, mengatur, menyelenggarakan, membina, dan mengawasi penyelenggaraan upaya kesehatan yang merata dan terjangkau oleh masyarakat, ayat (2): Tanggung jawab Pemerintah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dikhususkan pada pelayanan publik. Tanggung jawab lain pemerintah dalam hal kesehatan dirinci dalam pasal 16, 17.

yakni dengan dikeluarkannya Keputusan Menteri Kesehatan nomor 1202/Menkes/SK/VII/2003 tentang Indikator Indonesia Sehat 2010 dan Pedoman Penetapan Indikator Propinsi Sehat dan Kabupaten/Kota Sehat.

Dengan adanya dua kebijakan di tingkat nasional diatas sebagai pedoman pelaksanaan Undang-Undang Kesehatan yang ada, diharapkan bangsa Indonesia akan mencapai tingkat kesehatan tertentu yang ditandai oleh penduduknya sebagai berikut:

- 1) Hidup dalam lingkungan yang sehat
- 2) Mempraktekkan perilaku hidup bersih dan sehat
- 3) Mampu menyediakan dan memanfaatkan (menjangkau) pelayanan kesehatan yang bermutu
- 4) Memiliki derajat kesehatan yang tinggi.

Derajat kesehatan yang tinggi merupakan salah satu indikator untuk menentukan Indeks Pembangunan Manusia (IPM) menurut United Nation Development Programme (UNDP)<sup>7</sup>. Adapun Indikator utama derajat kesehatan penduduk diantaranya adalah Angka Harapan Hidup, Angka Kematian Bayi baru lahir (AKB) dan Angka Kematian Ibu melahirkan (AKI).

## **2.1. Implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan bagi Masyarakat**

Sejauh ini Negara Indonesia telah menjalankan program penjaminan pelayanan kesehatan bagi masyarakat yakni Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin (Askeskin), yang dalam perkembangan berikutnya berganti nama menjadi Jaminan Kesehatan Masyarakat (JKM) atau yang sering dikenal dengan sebutan Jamkesmas. Berikut ini akan diuraikan lebih lanjut tentang apa dan bagaimana pelaksanaan program jaminan kesehatan tersebut di masyarakat.

### **2.1.1. Pelaksanaan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin (Askeskin)**

Askeskin dilaksanakan oleh pemerintah daerah berdasarkan SK Menteri Kesehatan No.1241/Menkes/SK/XI/2004, 12 November 2004. Kebijakan ini merupakan perubahan pola pendekatan kesehatan bagi masyarakat miskin dari pendekatan *supply demand* ke mekanisme jaminan kesehatan sosial yang dikenal dengan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin (Askeskin).

Pembiayaan pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas dan jaringannya disalurkan langsung ke Puskesmas melalui pihak ketiga, sedangkan pelayanan kesehatan rujukan

---

<sup>7</sup> Ketentuan ini dikutip dari Sadli, Saparinah, dkk. 2006. Implementasi Pasal 12 UU Nomor 7 tahun 1984, Pelayanan Kehamilan, Persalinan dan Pasca Persalinan. Kelompok Kerja Convention Watch Universitas Indonesia.

tetap dikelola melalui PT Askes (Persero). Penyaluran dana yang langsung ke Puskesmas dikelola oleh Puskesmas tetapi verifikasi pelayanan dilaksanakan oleh PT Askes (Persero).

Pada tahun 2007 masyarakat sasaran yang dijamin oleh Askeskin di tingkat nasional menggunakan data BPS tahun 2006 yakni sebesar Rp. 19,1 juta rumah tangga miskin (RTM) atau sekitar Rp. 76,4 juta jiwa. Jumlah ini tidak termasuk mereka yang sudah mempunyai jaminan kesehatan lainnya.

Penetapan penduduk miskin yang berhak menerima Askeskin mengacu pada Keputusan Menkes RI No.1287/Menkes/SK/IX/2003 tentang Revisi SK 561/Menkes/SK/IV/2003 tentang penerima dana Program Kompensasi Pengurangan Subsidi BBM Bidang Kesehatan (PKPS – BBM Bidang Kesehatan) dan juga SE Mendagri nomor 411.3/2387/SJ, 9 Oktober 2006. Ketentuan ini mengatur keharusan pemerintah daerah berkoordinasi dengan BPS setempat dalam penentuan sasaran Askeskin. Apabila data jumlah penduduk miskin di daerah lebih besar dari data BPS, maka diharapkan Pemda dapat menanggulangi kekurangannya dari dana APBD atau sumber lain yang tidak mengikat. Pembiayaan Askeskin berasal dari Pemerintah Pusat sebesar kurang lebih 50% dari total kebutuhan berdasarkan data daerah setempat sisanya ditanggung oleh Pemerintah Daerah.

Jenis pelayanan kesehatan yang ditanggung bagi peserta Askeskin adalah sebagai berikut, seperti yang dapat dilihat dalam boks di bawah ini:

Puskesmas dan Jaringannya	Rumah Sakit
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rawat Jalan Tingkat Pertama ( RJTP)</li> <li>• Laboratorium sederhana</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL)</li> <li>• Penunjang diagnosa: laboratorium klinik, Radiologi dan Elektro Medic</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tindakan medis kecil/sedang</li> <li>• Pemeriksaan ibu hamil/nifas menyusui, bayi dan Balita</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tindakan medis kecil, sedang dan besar.</li> <li>• Rawat inap kelas III (tiga)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pelayanan KB dan efek samping</li> <li>• Obat standar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perawatan di ICU, ICCU dan NICU</li> <li>• Obat DPHO (Daftar obat Askes)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pelayanan daerah</li> </ul>

Sumber: Data diolah dari Dokumen APBD 2007

Melalui Askeskin peserta juga dapat menikmati fasilitas layanan pengobatan seperti cuci darah, operasi secara gratis dan memperoleh fasilitas ruang rawat inap di kamar kelas III. Apabila pasien keluarga miskin (Gakin) meminta kamar di atas kelas III, dianggap gugur. Untuk kegiatan Posyandu peserta Askeskin juga dapat memperoleh layanan imunisasi gratis.

Selain itu juga ada Askeskin yang khusus diperuntukkan bagi persalinan. Askeskin Persalinan dapat diperoleh pada bidan desa (Bides) dimana *klaimnya* diajukan melalui Puskesmas. Selain Bides Askeskin persalinan juga dapat diperoleh pada bidan swasta (AMC, PNC) biasanya adalah orang Puskesmas yang membuka praktik pribadi. Mereka wajib melayani pasien Askeskin dari kehamilan sampai melahirkan tanpa memungut biaya pada pasiennya. Untuk setiap *klaim* tersedia alokasi dana sebesar Rp. 250.000,-

Sosialisasi program Askeskin kepada masyarakat di daerah dijalankan secara berjenjang oleh perangkat pemerintah dari tingkat kota, kecamatan, kelurahan dan terakhir di tingkat RW dan RT. Di tingkat RW/RT sosialisasi dan pendataan peserta Askeskin dilakukan oleh RT yang bekerjasama dengan kader Posyandu yang ada di setiap RW dan RT, biasanya penyampaian informasi dilakukan melalui Posyandu baik Posyandu Balita maupun Posyandu Usila. Selanjutnya masyarakat yang berminat menjadi peserta Askeskin harus melaporkan diri ke RT atau melalui kader Posyandu dengan melampirkan data kartu penduduk beserta Kartu Susunan Keluarga (KSK) untuk dicatat. Setelah terkumpul data keluarga yang berminat menjadi peserta Askeskin, pihak RT akan menyeleksi data yang ada untuk disesuaikan dengan jumlah kuota peserta Askeskin yang telah ditetapkan dari kota berdasarkan data BPS tentang jumlah penduduk miskin di daerah tersebut (rata-rata sekitar 20 keluarga dalam satu RW).

Proses seleksi merupakan tahapan yang tidak mudah, karena tidak jarang ditemukan keluarga yang tergolong mampu tetapi mengajukan diri untuk mendapat kartu Askeskin. Seperti diakui oleh salah seorang kader Posyandu di daerah Sangkrah<sup>8</sup>, bahwa seringkali penetapan peserta Askeskin yang akan diajukan ke tingkat Kelurahan tidak mengacu pada kriteria keluarga miskin seperti telah ditetapkan oleh BPS melainkan karena pertimbangan keluarga, tidak enak hati karena masih tetangga dekat, dan berbagai alasan lainnya. Sebagai akibatnya, banyak ditemui keluarga yang benar-benar miskin justru tidak tercatat sebagai peserta, baik karena tidak dapat mengakses informasi, hambatan soal identitas penduduk maupun kurangnya daya tawar dibandingkan mereka yang menggunakan pengaruh kekuasaan, hubungan keluarga, untuk memaksa aparat RT mencatat dirinya sebagai peserta Askeskin.

Pada perkembangan terakhir, terjadi perubahan dalam mekanisme penjangkaran peserta Askeskin, bila sebelumnya keluarga miskin memperoleh kesempatan yang sama untuk mengajukan diri sebagai peserta Askeskin, namun sejak Juli 2007 pemerintah daerah menetapkan bahwa data penduduk miskin yang mendapat Askeskin harus mengacu pada data penerima program Bantuan Langsung Tunai (BLT —terkait dengan subsidi BBM). Implikasinya adalah bagi keluarga miskin yang dulu tidak tercatat sebagai penerima BLT maka mereka juga tidak dapat menerima Askeskin kecuali mengajukan diri dari tingkat RT/RW, kelurahan, kecamatan hingga ke tingkat kabupaten atau kotamadya. Mereka harus diseleksi untuk kemudian ditetapkan melalui SK Walikota atau Bupati agar diterima sebagai peserta Askeskin.

Rumitnya proses yang harus ditempuh untuk dapat ditetapkan sebagai peserta Askeskin juga singkatnya sosialisasi tentang perubahan kebijakan yang baru tentang penetapan peserta Askeskin menyebabkan banyak keluarga yang miskin dan memang benar-benar membutuhkan bantuan tidak dapat mengakses fasilitas kesehatan gratis ini dengan mudah.

---

<sup>8</sup> Hasil wawancara dengan Bu Warno di rumahnya, Kelurahan Sangkrah Kecamatan Pasar Kliwon, Surakarta, 7 Agustus 2007.

Masyarakat di wilayah penelitian juga mengemukakan kekecewaannya terhadap perubahan kebijakan tersebut, karena menurut mereka proses sekarang dirasakan lebih rumit. Mereka juga mempertanyakan data penduduk miskin yang mengacu pada data penerima BLT yang banyak salah sasaran. Seringkali ditemui penerima BLT bukan keluarga yang miskin melainkan memiliki kecukupan ekonomi, punya penghasilan tetap bahkan punya kendaraan pribadi (sepeda motor, mobil).

## **2.2. Problematika Peserta Askeskin dalam Mengakses Fasilitas Layanan Kesehatan**

### **2.2.1. Ketersediaan Fasilitas Layanan Kesehatan yang Dapat Menerima Askeskin**

Seperti telah disebutkan di bagian awal bahwa pembiayaan pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas dan jaringannya oleh Askes disalurkan langsung ke Puskesmas (termasuk Pustu dan Pusling) maupun pihak ketiga lainnya. Pihak ketiga yang dimaksudkan di sini adalah layanan kesehatan yang ada di tingkat komunitas seperti klinik/poliklinik/Praktik Bersama Dokter yang bekerjasama dengan pihak Askes untuk memberikan layanan gratis pada penduduk peserta Askeskin. Pengelola klinik atau poliklinik dapat mengajukan *klaim* penggantian biaya pelayanan gratis pada peserta Askeskin tersebut kepada pihak Askes.

Namun, tidak setiap daerah tersedia fasilitas layanan kesehatan yang memadai, terkadang Puskesmas atau Pustu/Pusling, klinik yang tersedia berada jauh dari rumah penduduk sehingga mereka harus membayar biaya transportasi yang jumlahnya relatif mahal.

### **2.2.2. Kualitas Layanan terhadap Peserta Askeskin**

Kebijakan Pemerintah untuk memberikan layanan gratis kepada masyarakat yang miskin merupakan wujud kepedulian pemerintah terhadap kesehatan masyarakat khususnya mereka yang miskin. Dengan adanya fasilitas layanan gratis, masyarakat miskin dapat memperoleh penanganan problem kesehatannya tanpa khawatir masalah biaya, misalnya pengobatan dasar, persalinan, kontrasepsi, cuci darah hingga tindakan operasi jika dibutuhkan. Namun, sayangnya kemudahan mengakses layanan kesehatan ini belum diimbangi sepenuhnya dengan kualitas layanan yang memadai dari tenaga kesehatan.

Di beberapa Puskesmas masih kekurangan tenaga dokter (rata-rata dalam sebuah Puskesmas hanya terdapat satu tenaga dokter, itupun terkadang bukan dokter umum melainkan dokter gigi), sehingga yang biasa menangani pengobatan pada pasien adalah bidan dan mantri yang secara keilmuan dan keterampilan tidak disiapkan untuk memberikan pengobatan seperti dokter. Pada prakteknya bidan ataupun mantri harus menangani penyakit yang beragam tidak sebatas pengobatan dasar. Selain itu kualitas layanan bagi pengguna Askeskin masih mengecewakan. Sering dijumpai tenaga kesehatan bersikap

kurang ramah, kurang teliti, bahkan terkesan seenaknya dalam menangani penyakit pasien yang menggunakan fasilitas Askeskin.

### **2.2.3. Kurangnya Sosialisasi mengenai Gakin dan Askeskin**

Berdasarkan wawancara dan observasi wilayah penelitian diperoleh data bahwa banyak masyarakat yang tidak mengetahui tentang apa itu Askeskin dan bagaimana tatacara untuk memperoleh Askeskin. Banyak diantara responden yang mengaku akhirnya terlambat mendaftarkan diri karena ketidaktahuan ini, mereka mengandalkan informasi yang diberikan oleh aparat desa atau kader Posyandu setempat. Kader Posyandu biasanya langsung mendata keluarga yang dianggap memenuhi persyaratan keluarga miskin tanpa memberikan informasi (sosialisasi) yang memadai kepadaarganya.

### **2.2.4. Askeskin Sering Salah Sasaran**

Pengguna Askeskin diharapkan adalah masyarakat miskin yang tidak memiliki kemampuan untuk membayar biaya pengobatan ke fasilitas kesehatan yang tersedia. Namun, dalam praktiknya sekalipun penjangkauan peserta melalui proses observasi dan analisa kelayakan oleh Mantis yang ditunjuk oleh Dinas Kesehatan, masih sering ditemukan Askeskin diberikan kepada mereka yang tergolong mampu. Sedangkan masyarakat miskin yang benar-benar membutuhkannya justru luput dari pencatatan.

### **2.2.5. Proses Klaim Askeskin**

Proses *klaim* Askeskin lintas wilayah membutuhkan waktu agak lama. Hal itu dialami Puskesmas yang ingin mendapatkan *klaim* atas biaya kesehatan yang telah dikeluarkan bagi peserta Askeskin. Normalnya proses *klaim* hingga dana cair membutuhkan waktu 2-3 minggu, namun dalam praktiknya waktu yang diperlukan jauh lebih lama hingga mencapai enam bulan. Hal itu menimbulkan keengganan bagi fasilitas kesehatan dalam memberikan layanan gratis kepada pengguna Askeskin karena *cash flow* menjadi terganggu akibat keterlambatan pembayaran *klaim* Askeskin.

## **2.3. Jaminan Asuransi Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas)**

Pada 2008, Menteri Kesehatan Siti Fadilah mengubah model Askeskin menjadi Jamkesmas lantaran model yang lama dinilai menghambat kelancaran pembayaran *klaim* pelayanan kesehatan di Rumah Sakit dan memicu penyimpangan penggunaan dana pelayanan. Dengan pertimbangan untuk pengendalian biaya pelayanan kesehatan, peningkatan mutu, transparansi dan akuntabilitas dilakukan perubahan pengelolaan program Jaminan Kesehatan Masyarakat miskin. Perubahan mekanisme yang mendasar adalah adanya pemisahan peran pembayar dengan verifikator melalui penyaluran dana langsung ke Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) dari Kas Negara, penggunaan tarif paket Jaminan Kesehatan Masyarakat di RS, penempatan pelaksana verifikasi di setiap rumah sakit, pembentukan



Tim Pengelola dan Tim Koordinasi di tingkat Pusat, Propinsi, dan Kabupaten/Kota serta penugasan PT Askes (Persero) dalam manajemen kepesertaan. Untuk menghindari kesalahpahaman dalam penjaminan terhadap masyarakat miskin yang meliputi sangat miskin, miskin dan mendekati miskin, program ini berganti nama menjadi Jaminan Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Jamkesmas dengan tidak ada perubahan jumlah sasaran.

Semenjak itu, PT Askes yang sebelumnya menjadi pengelola seluruh program pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin hanya ditugasi mengurus kepesertaan Jamkesmas. Dana untuk membayar tagihan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin selanjutnya dikucurkan langsung dari kas negara ke rekening rumah sakit setelah pengelola rumah sakit mengajukan *klaim* pelayanan yang sudah diverifikasi.

Peserta Program Jamkesmas adalah setiap orang miskin dan tidak mampu selanjutnya disebut peserta Jamkesmas, yang terdaftar dan memiliki kartu dan berhak mendapatkan pelayanan kesehatan. Jumlah sasaran peserta Program Jamkesmas tahun 2008 sebesar 19,1 juta Rumah Tangga Miskin (RTM) atau sekitar 76,4 juta jiwa bersumber dari data Badan Pusat Statistik (BPS) tahun 2006 yang dijadikan dasar penetapan jumlah sasaran peserta secara Nasional oleh Menteri Kesehatan RI (Menkes). Jumlah ini tidak termasuk yang sudah mempunyai jaminan kesehatan lainnya.<sup>9</sup> Berdasarkan Jumlah Sasaran Nasional tersebut Menkes membagi alokasi sasaran kuota kabupaten/kota.

Sumber dana operasional bagi pelaksanaan Jamkesmas berasal dari APBN sektor Kesehatan dan kontribusi APBD. Selanjutnya Pemerintah daerah berkontribusi dalam menunjang dan melengkapi pembiayaan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin di daerah masing-masing. Pemerintah melarang adanya pungutan atau iuran biaya apapun terhadap peserta Jamkesmas. Kendatipun berbagai peraturan pedoman pelaksanaan Jamkesmas ini terlihat sangat ideal, namun dalam pelaksanaan di lapangan masih menyisakan persoalan yang tidak jauh berbeda dari pelaksanaan jaminan kesehatan Askeskin.

### **2.3.1. Beberapa Problematika Pelaksanaan Program Jamkesmas**

#### **2.3.1.1. Pendataan Peserta Jamkesmas Belum Akurat**

Saat ini, dari 76,4 juta jiwa penduduk miskin yang menjadi target sasaran program Jamkesmas baru 71.462.164 jiwa yang sudah terdata dan 71.163.585 yang sudah memiliki kartu Jamkesmas<sup>10</sup>. Sementara berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh lembaga Indonesia Corruption Watch (ICW) yang menyebut dari 868 responden yang dipilih secara acak, ditemukan 12,4% tidak memiliki kartu Jamkesmas. Ada 3% anggota ternyata orang

<sup>9</sup> Buku Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), 2008.

<sup>10</sup> Sumber: <http://www.menkokesra.go.id/content/view/10644/39/>, diakses 18 Januari 2010.

<sup>11</sup> Survei dilakukan ICW di Kota Bogor, Depok, Tangerang, dan Bekasi sejak 24 Desember 2008 hingga 31 Januari 2009. Metodenya menggunakan *citizen report card* yang menggabungkan metode kualitatif dan kuantitatif dengan jumlah responden 868 dan populasi peserta Jamkesmasnya mencapai 579.192 orang.



yang sudah meninggal, 3,1% pindah alamat, 9,9% nama tidak dikenal, serta 22,1% responden tidak dapat diverifikasi<sup>11</sup>.

#### **2.3.1.2. Kualitas Pelayanan Tetap Belum Memadai**

Sebagaimana problem yang ditemukan pada pelaksanaan program Askeskin, pada masa penerapan Jamkesmas, kualitas pelayanan masih menjadi problem yang mendasar. Sebagian besar pasien miskin tidak mendapat pelayanan yang memadai di rumah sakit. Di antaranya ada yang terpaksa tidak menunjukkan kartu Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) atau kartu Keluarga Miskin (Gakin) serta surat keterangan tidak mampu karena khawatir mendapat perlakuan diskriminatif. Selain itu, dalam pelaksanaan di lapangan masih banyak ditemukan pasien yang ditolak oleh rumah sakit meski tempat tidur kelas tiga tersedia. Berdasarkan hasil survei ICW, 67% pasien kecewa atas pelayanan rumah sakit. Mereka mengeluhkan pelayanan petugas kesehatan serta minimnya fasilitas rumah sakit.<sup>12</sup>

Masalah lain yang juga masih ditemukan adalah terkait penerapan sistem pembiayaan paket (Indonesia Diagnosis Related Group/INA-DRG) dalam program Jamkesmas. 80% pengelola rumah sakit daerah umumnya belum memiliki cukup sumber daya manusia terlatih dan perangkat lunak yang sesuai untuk mengaplikasikan sistem data INA-DRG<sup>13</sup>.

#### **2.3.1.3. Masih adanya biaya yang dibebankan kepada masyarakat peserta Jamkesmas**

Kartu Jamkesmas, kartu Gakin, dan surat keterangan tidak mampu tak menjamin pasien miskin mendapat pelayanan gratis. Pasien ada yang diminta memberikan uang muka atau ditolak dengan alasan tidak ada tempat tidur, tidak diberi resep obat generik, serta dipersulit dalam proses administrasinya. Penetapan uang muka merupakan salah satu penghambat pasien miskin mendapat pelayanan.

Hasil penelitian ICW lagi-lagi menemukan data sebanyak 10,1% pasien mengeluh diminta untuk memberikan uang muka rata-rata Rp. 794.000,-. Selain itu, pasien miskin mengeluhkan terlalu panjangnya proses administrasi sehingga sebagian terpaksa menggunakan jasa calo. Rata-rata pasien terpaksa mengeluarkan uang Rp. 400.000,- hingga Rp. 500.000,- untuk membayar obat<sup>14</sup>.

### **Catatan bagi Kebijakan Jaminan Kesehatan untuk Masyarakat Miskin**

Dari paparan tentang pelaksanaan program jaminan kesehatan baik itu Askeskin maupun yang kemudian diubah menjadi Jamkesmas di atas, terlihat jelas masih menyisakan berbagai

<sup>12</sup> *Ibid.*

<sup>13</sup> Dikemukakan oleh Ketua Umum Pengurus Pusat Asosiasi Rumah Sakit Daerah se-Indonesia (ARSADA) Hanna Permana. Sumber: <http://www.menkokesra.go.id/content/view/10644/39/>.

<sup>14</sup> *Ibid*

persoalan mendasar yang terkait dengan sistem pendataan, kualitas pelayanan maupun yang terkait dengan ketersediaan fasilitas layanan kesehatan serta pembiayaan. Hal tersebut menjadi kendala tersendiri bagi upaya penyediaan layanan kesehatan yang mampu menjangkau seluruh lapisan masyarakat khususnya kelompok miskin.

Tahun ini peringkat Human Development Index (HDI) Indonesia justru merosot menjadi peringkat ke-111 dari sebelumnya diperingkat 107, meskipun Askeskin dan Jamkesmas telah diberlakukan. Penurunan kualitas ini sedikit banyak disumbang oleh masih tingginya Angka Kematian Ibu (AKI) melahirkan yang mencapai kisaran 228 per 100.000 kelahiran hidup (tahun 2009) dari target MDGs 102 per 100.000 kelahiran hidup yang mesti dicapai pada tahun 2015<sup>15</sup>. Tingginya AKI ini menunjukkan masih kurang memadainya penyediaan layanan kesehatan reproduksi bagi ibu hamil atau belum optimalnya akses terhadap layanan kesehatan reproduksi perempuan, meliputi KB, kehamilan, persalinan maupun layanan kesehatan ibu dan balita.

Hasil temuan di tujuh wilayah penelitian WRI juga memperlihatkan kendatipun sebagian besar masyarakat telah memiliki fasilitas Askeskin atau Surat Keterangan Miskin (SKTM), tidak dengan sendirinya memperoleh kemudahan akses fasilitas pelayanan kesehatan yang ada di daerahnya. Hal ini berkaitan antara lain dengan kondisi wilayah dan jalan yang jauh, serta kondisi permukaan tanah yang berbukit dan belum ada fasilitas jalan umum. Kondisi itu menjadi kendala tersendiri dalam upaya masyarakat untuk mengakses fasilitas kesehatan yang ada, karena mereka harus mengeluarkan biaya yang relatif mahal untuk transportasi yang juga tidak mudah ditemui.

Dalam konteks penerapan jaminan kesehatan yang sekarang yakni Jamkesmas, kendala-kendala yang ditemui pasien pada saat hendak mengakses fasilitas pelayanan kesehatan menjadi bagian dari tanggungjawab Pemerintah Daerah. Hal ini dimaksudkan agar Pemerintah Daerah berkontribusi dalam menunjang dan melengkapi pembiayaan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin di daerah masing-masing. Kontribusi pembiayaan ini mencakup biaya transportasi rujukan dan rujukan balik pasien masyarakat miskin (Maskin) dari RS Kabupaten/Kota ke RS yang dirujuk. Sedangkan biaya transportasi rujukan dari Puskesmas ke RS/BKMM/BBKPM/BKPM/BP4/BKIM<sup>16</sup> ditanggung oleh biaya operasional Puskesmas. Termasuk di dalamnya juga adalah penanggungan biaya transportasi pendamping pasien rujukan, biaya bagi pendamping pasien rawat inap<sup>17</sup>. Semua ini tentunya dengan catatan pemerintah daerah benar-benar menjalankan fungsinya sebagai partner pusat dalam berkontribusi memberikan jaminan kesehatan bagi masyarakat di daerahnya masing-masing sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan.

---

<sup>15</sup> Data AKI yang dikeluarkan oleh lembaga PBB atau UNFPA justru memperlihatkan kenaikan angka yang cukup dramatis yakni 420 per 100.000 kelahiran hidup.

<sup>16</sup> BKMM: Balai Kesehatan Mata Masyarakat, BBKPM: Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat, BP4: Balai Pengobatan Paru-Paru, BKIM: Balai Kesehatan Indra Masyarakat.

<sup>17</sup> Buku Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), 2008.

Program Askeskin dan Jamkesmas serta “kesehatan gratis” di sejumlah wilayah sesungguhnya sudah merupakan upaya untuk perluasan pemberian pelayanan kesehatan, khususnya bagi masyarakat miskin. Namun, *universal coverage*<sup>18</sup> masih belum dapat dicapai dengan Askeskin atau Jamkesmas. Sebagian besar penduduk yang tidak tercakup program itu, meskipun tidak termasuk masyarakat miskin, masih akan menghadapi biaya kesehatan yang tinggi sehingga bisa berdampak pada kondisi ekonomi keluarga. Karenanya muncul pemikiran tentang Jamkesmas yang sudah berjalan saat ini, diusulkan dilanjutkan dengan program Jaminan Kesehatan Nasional (Jamkesmas), yang di negara-negara maju dikenal sebagai National Health Insurance (NHI).

Berbagai pertimbangan yang mengemuka dibalik adanya usulan perubahan ini adalah terkait dengan sumber pembiayaan Jamkesmas yang salah satunya bergantung pada APBN.. Hal itu tentu memiliki beberapa keterbatasan. Pertama, program yang ada sekarang memiliki iuran Rp. 5.000,- per orang/bulan, sehingga tidak menarik untuk fasilitas kesehatan swasta, karena pembayarannya terlalu kecil. Di negara lain yang telah berhasil menjalankan Jamkesmas, seperti Filipina, iurannya Rp. 10.000,- dan Thailand Rp. 50.000,- per orang/bulan.

Kedua, program yang didanai APBN mempunyai dua konsekuensi, yaitu APBN yang sumber utamanya dari pajak akan menjadi beban berat di kemudian hari, kedua akan terjadi tarik-menarik anggaran, sehingga anggaran Jamkesmas relatif tidak memadai untuk pemenuhan harga ekonomis layanan kesehatan. Sementara itu, Direktur Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada (UGM) Profesor Laksono Trisnantoro menegaskan, sebaiknya Undang-Undang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU SJSN) diamendemen. Lima jaminan yang diatur dalam UU SJSN, yakni jaminan kesehatan, kecelakaan kerja, kematian, hari tua, dan pensiun sebaiknya dibuat dalam masing-masing UU<sup>19</sup>.

Menanggapi berbagai pemikiran yang mengusulkan adanya peninjauan ulang terhadap pelaksanaan Jamkesmas saat ini, Menteri Kesehatan Endang Rahayu Sedyaningsih mengungkapkan keinginan tentang Jamkesmas yang akan dikembalikan pada model sistem asuransi kesehatan dari sebelumnya yaitu sistem pembayaran kembali (*reimbursement*). Agar proses pengalihan berjalan dengan lancar, saat ini Departemen Kesehatan tengah mempelajari peraturan perundangan yang terkait dengan penyelenggaraan jaminan kesehatan. Lebih lanjut Menteri Kesehatan menegaskan, sistem Jamkesmas memang bertentangan dengan UU SJSN, menurut Menteri Kesehatan, pihaknya telah menyusun peta jalan (*road map*) program kesehatan tahun 2010-2014, termasuk Jamkesmas<sup>20</sup>. Jamkesmas secara berangsur-angsur akan diubah menjadi asuransi nasional, dan pada tahun 2014 tercapai jaminan kesehatan semesta (mencakup semua penduduk). “Turan orang miskin dibayar

<sup>18</sup> *Universal Coverage*. Asuransi Kesehatan yang dapat menjangkau seluruh rakyat Indonesia.

<sup>19</sup> *Suara Pembabaruan*, 29 Oktober 2009, Catatan.

<sup>20</sup> *Media Indonesia* Online, Selasa, 10 Nopember 2009.

pemerintah, sedangkan untuk Pegawai Negeri Sipil (PNS) dibayar pekerja dan pemberi kerja,” demikian ujar Menteri Kesehatan.

Masyarakat miskin dan yang tidak mampu yang tidak tercakup dalam kuota nasional Jaminan Kesehatan Masyarakat dan tidak masuk dalam SK Bupati/Walikota menjadi tanggung jawab Pemerintah Kabupaten/Kota. Menurut Chalik<sup>21</sup> Kepala Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan (PPJK) Departemen Kesehatan, orang miskin dan yang tidak mampu yang bukan pemegang kartu Jaminan Kesehatan Masyarakat punya hak sama dalam memperoleh layanan kesehatan seperti pemegang kartu. Bagi masyarakat yang tidak memiliki identitas seperti gelandangan, pengemis, dan anak telantar akan dikoordinasikan PT Askes dan Dinas Sosial setempat. Jika 134,9 juta penduduk tanpa jaminan kesehatan harus membiayai sendiri biaya kesehatannya dengan rata-rata Rp. 40.000,- per bulan per orang, biaya yang dibutuhkan adalah Rp. 64,7 trilyun per tahun. Perhitungan yang lebih ekonomis akan tercapai jika seandainya saja 230 juta penduduk dicakup dalam Jaminan Kesehatan Masyarakat dengan premi Rp. 5.000,- per orang, Negara hanya perlu menyisihkan Rp. 13,8 trilyun atau 1,38% dari APBN.

Dengan kata lain, dibutuhkan kesungguhan dan *political will* dari pemerintah untuk benar-benar mengalokasikan anggaran secara memadai guna memberikan jaminan bagi setiap masyarakat yang membutuhkan fasilitas pelayanan kesehatan, termasuk di dalamnya adalah akses perempuan terhadap fasilitas pelayanan kesehatan reproduksi. Sehingga tidak ada lagi ibu melahirkan yang meninggal hanya karena tidak mampu mengakses fasilitas pelayanan kesehatan reproduksi yang ada. Pada akhirnya penurunan AKI secara signifikan bukan lagi menjadi suatu keniscayaan.

### 3. Kebijakan tentang Kesehatan Reproduksi Perempuan

#### 3.1. Sistem Kesehatan di Indonesia

Sistem kesehatan di Indonesia terdiri dari pelayanan kesehatan yang disediakan oleh pihak swasta dan pemerintah atau dikenal dengan istilah pelayanan kesehatan publik atau masyarakat. Departemen Kesehatan dan pemerintah di tingkat lokal bertanggung jawab untuk menyediakan pelayanan publik dalam hal kesehatan. Peran dan tanggung-jawab tersebut, termasuk membuat peraturan, memberikan izin dan akreditasi pihak swasta dalam memberikan pelayanan kesehatan. Berkaitan dengan kebijakan Pemerintah Indonesia untuk melaksanakan kebijakan mengenai Otonomi Daerah atau Desentralisasi sejak tahun 2001, maka sektor kesehatan tidak lagi diatur di pusat pemerintah oleh departemen Kesehatan. Sejak kebijakan Desentralisasi dijalankan, pemerintah di tingkat lokal mampu-

---

<sup>21</sup> Dikemukakan Kepala Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan (PPJK) Depkes. dr Chalik Masulili.

nyai hak untuk mengatur program kesehatan mereka sendiri. Sekalipun begitu, peran dan tanggungjawab antara pemerintah di daerah dengan di Jakarta belum jelas, sekalipun sudah ada amandemen Undang-Undang tentang Otonomi Daerah No. 32/2004 yang mengatur hal tersebut (Bank Dunia, 2008).

Indonesia telah membangun sekitar 8.234 pusat pelayanan kesehatan masyarakat pada tahun 2007. Namun, dari pusat pelayanan kesehatan ini hanya sekitar 33% saja yang dilengkapi peralatan rawat inap pada fasilitas kesehatan tersebut. Untuk memperluas akses masyarakat pada pelayanan kesehatan, pemerintah telah menyediakan 22.347 pusat pelayanan kesehatan pembantu dan 6.631 pelayanan kesehatan keliling. Perbandingan pusat pelayanan kesehatan dengan populasi penduduk di Indonesia adalah 3,65 per 100.000 penduduk. Hal ini menunjukkan bahwa setiap 100.000 penduduk akan dilayani oleh setidaknya tiga pusat pelayanan kesehatan. Apabila dilihat dari angkanya, data ini menunjukkan bahwa perbandingan ini hampir mencapai standar nasional, 1:30.000 penduduk (Profil Indonesia, Departemen Kesehatan, 2007).

Sementara itu, reformasi kebijakan telah memunculkan beberapa contoh yang baik dari pemerintah daerah yang telah berhasil membuat program kesehatan yang menjawab kebutuhan kesehatan perempuan. Misalnya saja gambaran yang tampak pada Kabupaten Jembrana, sebagaimana yang juga tampak pada penelitian yang dilakukan oleh WRI.

Kabupaten Jembrana (Bali) yang termasuk kabupaten miskin menurut data Indeks Kemiskinan yang dikeluarkan SMERU<sup>22</sup>, misalnya, telah melaksanakan kebijakan asuransi di tingkat daerahnya yang memberikan pelayanan kesehatan gratis bagi kaum miskin, termasuk perempuan. Pada kasus Kabupaten Jembrana menunjukkan bahwa apabila ada kemauan dari pihak pemerintahnya, sekalipun sumberdaya terbatas, mampu memenuhi kebutuhan hak kesehatan perempuan.

Sebaliknya, ada gambaran lain yang menunjukkan bahwa banyak pemerintahan kabupaten/kota yang memperlakukan pelayanan publik, terutama kesehatan, sebagai peluang untuk meningkatkan pendapatan daerah. Akibatnya, semakin mengambil uang dari kelompok masyarakat miskin yang seharusnya mereka layani.

Seperti, Kabupaten Lampung Utara, salah satu wilayah penelitian WRI, mengeluarkan peraturan yang mengubah fasilitas kesehatan publik di tingkat komunitas dan tingkat kabupaten sebagai sumber pendapatan daerah. Sebagaimana yang dapat dilihat dalam Perda No. 5 tahun 2002 tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Unit Swadana. Tarif layanan yang dikenakan pada pasien adalah Rp. 4.000,-. Hal ini memprihatinkan, karena terjadi di tengah kondisi dimana AKI di Indonesia tertinggi di Asia Tenggara.

---

<sup>22</sup> Peta Kemiskinan Indonesia 2000, SMERU Research Institute, 2004.

### **3.2. Pengaturan Kesehatan Reproduksi dalam Undang-Undang Kesehatan No. 36/2009.**

Sebagaimana yang telah dipaparkan sebelumnya, Indonesia sekarang telah bergeser dari sentralisasi menuju desentralisasi yang ditandai dengan berlakunya Undang-Undang No.32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah yang telah direvisi dengan Undang-Undang No 12 tahun 2008 tentang Pemerintahan Daerah. Undang-Undang tersebut memuat ketentuan yang menyatakan bahwa bidang kesehatan sepenuhnya diserahkan kepada daerah masing-masing dan diberi kewenangan untuk mengelola dan menyelenggarakan seluruh aspek kesehatan.

Sebagai tindak lanjut dari pelaksanaan Undang-Undang No. 32 tahun 2004, Pemerintah telah mengeluarkan Peraturan Pemerintah No.38 tahun 2007 yang mengatur tentang pembagian urusan antara pemerintah, pemerintah propinsi dan pemerintah kabupaten/kota. Berdasarkan hal itu, Undang-Undang Kesehatan perlu disesuaikan dengan semangat otonomi daerah. Undang-Undang Kesehatan No. 36 tahun 2009 dibuat sebagai kebijakan umum kesehatan yang dapat diacu dan dilaksanakan oleh semua pihak.

Apabila kita lihat lebih jauh Undang-Undang Kesehatan No. 36 tahun 2009, maka akan terlihat bahwa Undang-Undang ini antara lain juga mengatur beberapa isu-isu penting mengenai kesehatan reproduksi perempuan, seperti aborsi, penggunaan kontrasepsi dan kesehatan ibu, bayi dan anak.

Namun, pengaturan mengenai kesehatan dan hak reproduksi tersebut, sebagaimana yang tertulis dalam pasal 72 ayat (a) dan (b) Undang-Undang Kesehatan No. 36 tahun 2009, hanya berlaku bagi pasangan yang sah atau yang secara resmi menikah dan tidak bertentangan dengan norma-norma agama.

Selain hal itu, Undang-Undang Kesehatan No. 36 tahun 2009 pasal 75 ayat (1) secara tegas melarang adanya tindakan aborsi. Lebih lanjut Undang-Undang Kesehatan ini mengatur dalam pasal 75 ayat (2a) dan (2b) bahwa aborsi bisa dilakukan apabila ada indikasi medis yang menunjukkan bahwa kehamilan akan mengancam nyawa ibu dan atau janin atau kehamilan akibat perkosaan. Namun, aborsi bisa dilakukan setelah adanya konseling atau penasehatan oleh konselor yang kompeten dan berwenang. Konselor yang dimaksudkan oleh Undang-Undang Kesehatan ini adalah dokter, psikolog, tokoh masyarakat, atau tokoh agama. Selanjutnya, dalam pasal 76 secara jelas diatur bahwa aborsi diperbolehkan untuk dilakukan pada kehamilan sebelum berumur enam minggu atau ada tanda kedaruratan medis. Aborsi juga hanya bisa dilakukan oleh tenaga kesehatan yang memiliki keterampilan dan kewenangan dengan sertifikat dari Menteri Kesehatan. Berdasarkan Undang-Undang Kesehatan, layanan aborsi baru dapat dilakukan setelah petugas kesehatan mendapat izin dari suami, kecuali pada korban perkosaan.

Sementara, berdasarkan temuan hasil penelitian WRI di tujuh wilayah penelitian tampak bahwa ada faktor lain yang berkontribusi memperbesar resiko terjadi kematian pada ibu melahirkan yakni ketersediaan fasilitas kesehatan yang mudah diakses serta



mekanisme rujukan yang tepat saat terjadi komplikasi ataupun penyulit persalinan. Kecepatan memperoleh rujukan ke fasilitas kesehatan saat terjadi penyulit persalinan, kecepatan dan ketepatan penanganan kondisi darurat persalinan berkorelasi erat dengan menurunnya tingkat resiko kematian ibu akibat persalinan.

Lebih lanjut dari temuan penelitian WRI tampak pula bahwa kondisi ibu hamil sebelum persalinan juga turut menentukan ada tidaknya faktor resiko dan penyulit persalinan. Misalnya, pengetahuan tentang kesehatan reproduksi, status gizi, keteraturan pemeriksaan kehamilan, dan juga kepatuhan mengkonsumsi vitamin dan zat besi. Seluruh faktor ini saling terkait dalam menentukan keberhasilan upaya menurunkan resiko kematian ibu melahirkan.

Apabila situasi ini dikaitkan dengan pengaturan kesehatan dan hak reproduksi dalam Undang-Undang Kesehatan No. 36/2009, maka akan tampak beberapa permasalahan. Permasalahan pertama, pengaturan sebagaimana yang disebutkan dalam pasal 72 sampai 76 pada Undang-Undang Kesehatan No.36 tahun 2009 ini, akan menunjukkan beberapa implikasi bagi pemenuhan hak kesehatan reproduksi warga masyarakat, terutama perempuan.

Pertama, interpretasi yang beragam atas nilai budaya dan norma agama di tengah masyarakat akan dapat membatasi anggota masyarakat, terutama perempuan untuk mengakses pelayanan fasilitas kesehatan reproduksi, termasuk pelayanan aborsi yang aman.

Ke dua, Undang-Undang Kesehatan No. 36 tahun 2009 tidak mengatur hubungan seksual selain dengan pasangan yang sah. Akibatnya, persoalan kesehatan reproduksi yang dialami oleh anggota masyarakat baik laki-laki maupun perempuan di luar pasangan resmi tidak akan mendapatkan pelayanan fasilitas kesehatan reproduksi.

Ke tiga, layanan Pemerintah dalam hal pelayanan fasilitas kesehatan reproduksi seperti *pap-smear*, aborsi dan alat kontrasepsi hanya diperuntukkan bagi pasangan sah atau menikah resmi.

Permasalahan ke dua berkaitan dengan permasalahan pertama menunjukkan bahwa realita pengetahuan kesehatan reproduksi dan interpretasi terhadap nilai budaya dan norma agama, sebagaimana yang telah dipaparkan pada bagian sebelumnya, mempengaruhi akses perempuan miskin terhadap fasilitas kesehatan. Lebih lanjut lagi, Undang-Undang Kesehatan yang lebih mengatur hak dan kesehatan reproduksi bagi pasangan yang menikah semakin mempersempit akses bagi perempuan untuk mendapatkan akses fasilitas pelayanan kesehatannya, seperti untuk mendapatkan alat kontrasepsi dan pelayanan *pap smear*. Demikian pula dengan tindakan aborsi, pelayanan kesehatan ini secara eksplisit dinyatakan baru bisa dilakukan di bawah usia kandungan enam minggu dan menunjukkan adanya indikasi medis yang dapat membahayakan ibu atau janin, namun perlu mendapatkan izin dari suami. Sehingga, apabila tidak masuk dalam prasyarat yang ditetapkan dalam Undang-Undang Kesehatan yang baru, maka perempuan tidak akan bisa mendapatkan pelayanan aborsi.



Di lain pihak, ada realita yang cukup mengejutkan sehubungan dengan aborsi tidak aman di Indonesia (Roy Tjong, 2008). Tercatat ada 2,3 juta tindakan aborsi tidak aman setiap tahunnya di Indonesia. Angka tersebut terdiri dari 1 juta keguguran spontan, 700.000 aborsi akibat kehamilan yang tidak diinginkan karena tidak menggunakan alat kontrasepsi dan 600.000 aborsi akibat kegagalan alat kontrasepsi. Dan, 15% dari jumlah tindakan aborsi dilakukan oleh mereka yang berasal dari kelompok usia di bawah 20 tahun akibat tidak adanya akses untuk memperoleh alat kontrasepsi.

Kondisi ini menunjukkan bahwa ada kesenjangan antara kebijakan dengan upaya pelaksanaan yang efektif terhadap pemenuhan pelayanan fasilitas kesehatan dan hak reproduksi perempuan. Sehingga, peraturan dan kebijakan ini justru memunculkan kontradiksi bagi pemenuhan layanan kesehatan terutama bagi perempuan.

Dengan demikian, mampukah Undang-Undang Kesehatan yang baru ini menjadi dasar kerja pemerintah baik di Jakarta maupun di propinsi dan kabupaten/kota untuk memenuhi hak kesehatan warganya?

#### **4. Antara Kebijakan, Realita dan Harapan Mencapai Target MDGs mengenai AKI Tahun 2015**

Undang-Undang Kesehatan No.36/2009 diterbitkan oleh Negara sebagai salah satu upaya untuk menyelamatkan kondisi kesehatan ibu miskin di Indonesia. Apabila kita berbicara mengenai upaya untuk menyelamatkan kondisi kesehatan para ibu miskin ini, maka hal yang patut dilihat adalah pengaturan pemerintah baik di Jakarta maupun di daerah mengenai besar anggaran yang ditetapkan untuk hal tersebut.

Dalam Undang-Undang Kesehatan No. 36/2009 diatur bahwa besarnya anggaran kesehatan Pemerintah minimal dialokasikan sebesar 5% dari APBN di luar gaji. Dan, untuk pemerintah daerah propinsi, kabupaten/kota dialokasikan minimal 10% dari APBD diluar gaji. Bahkan, 2/3 dari besarnya anggaran yang dimaksud diprioritaskan untuk kepentingan pelayanan publik. Kepentingan pelayanan publik yang dimaksudkan disini adalah pelayanan yang dibutuhkan masyarakat untuk meningkatkan derajat kesehatannya.

Merujuk kembali pada temuan penelitian WRI, tampaknya besar minimal anggaran kesehatan telah dipenuhi oleh dua diantara tujuh kabupaten/kota wilayah penelitian WRI. Yakni, Kabupaten Jembrana (10%) dan Kabupaten Lebak (10.7%). Temuan penelitian WRI menunjukkan bahwa kisaran anggaran untuk kesehatan antara 5-10.7%, namun anggaran untuk kesehatan perempuan kurang dari 1%, kecuali Kota Surakarta.

Berdasarkan gambaran mengenai anggaran di tujuh kabupaten/kota tersebut, tampaknya masih dibutuhkan waktu yang panjang untuk terlaksananya pengaturan pembiayaan kesehatan sebagaimana yang diatur dalam Undang-Undang tersebut. Pembiayaan untuk kesehatan umum saja belum semua daerah memenuhi kebutuhan minimalnya. Apalagi, yang berhubungan dengan kesehatan perempuan yang masih kurang dari 1%.

Paparan ini memang hanya menggambarkan kondisi pembiayaan kesehatan ibu di tujuh wilayah penelitian WRI. Namun, bisa jadi gambaran ini mengindikasikan kondisi yang serupa di wilayah lain di Indonesia.

Agaknya, Undang-Undang Kesehatan yang terbaru meskipun sudah menyatakan bahwa landasan bekerjanya menggunakan asas keadilan dan gender belum mampu mendorong meningkatnya jumlah pembiayaan untuk kesehatan perempuan. Sementara, kesehatan perempuan di Indonesia masih belum menggembirakan kondisinya. Salah satu indikatornya adalah masih tingginya AKI di Indonesia (228/100.000)<sup>23</sup>. Di titik ini, terlihat bahwa sekalipun Undang-Undang Kesehatan sudah mengatur besaran minimal pembiayaan Kesehatan, namun belum cukup mampu mendorong daerah untuk mengalokasikan anggaran kesehatan, terutama kesehatan ibu, yang memadai agar pasti dapat menyelamatkan nyawa perempuan di Indonesia. Betapa tidak mampu menyelamatkan, apabila gambaran pembiayaan kesehatan perempuan masih ada yang kurang dari 1%?

Melihat situasi ini, agaknya target MDGs yang juga telah disepakati oleh Pemerintah Indonesia untuk AKI 102/100,000 pada tahun 2015 menjadi sulit untuk dicapai, apabila tidak dilakukan peningkatan anggaran yang memadai.

Dalam Undang-Undang Kesehatan No. 36 tahun 2009 pasal 5 disebutkan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan ayat satu, dan selanjutnya pada ayat dua disebutkan bahwa setiap orang mempunyai hak dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau. Artinya disini setiap orang baik yang memiliki kemampuan secara ekonomi ataupun mereka yang tergolong miskin berhak untuk dapat menikmati pelayanan kesehatan secara adil.

Untuk menjawab adanya kebutuhan hak tersebut Indonesia sendiri telah meratifikasi Konvenan Hak Ekonomi, Sosial dan Budaya pada tahun 2006. Ratifikasi ini mempertegas tanggung jawab negara sebagai pengemban kewajiban (*duty bearer*) untuk dapat memenuhi kebutuhan minimal hak-hak ekonomi, sosial dan budaya. Yaitu kemampuan negara menyediakan prasarana dan keahlian yang minimal dalam fasilitas penyediaan pangan, pendidikan, kesehatan, perumahan dan pekerjaan yang memungkinkan bagi setiap individu anggota komunitas disatu wilayah negara baik di tingkat pusat maupun di daerah-daerah untuk hidup minimal dengan layak (*right to livelihood*). Tanggungjawab ini tentunya di ikuti dengan mekanisme akuntabilitas negara terhadap pelaksanaan dan perlindungan hak-hak ekonomi, sosial dan budaya.

Salah satu konsekuensinya adalah Negara wajib menjamin pemenuhan hak atas kesehatan, termasuk fasilitas kesehatan yang terjangkau dan mekanisme penyelesaian hukum atas pelanggaran hak atas kesehatan. Adanya tanggungjawab pemerintah dalam upaya mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi warga negaranya telah diatur dalam Undang-

---

<sup>23</sup> Data Departemen Kesehatan 2009.

Undang Kesehatan No.36 Tahun 2009 pada pasal 14 ayat (1) dan (2). Pasal 14 ayat (1) menjelaskan bahwa Pemerintah bertanggung jawab merencanakan, mengatur, menyelenggarakan, membina, dan mengawasi penyelenggaraan upaya kesehatan yang merata dan terjangkau oleh masyarakat. Ayat (2) menjelaskan bahwa tanggungjawab Pemerintah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dikhususkan pada pelayanan publik.

Dari tataran kebijakan, seperti Undang-Undang Kesehatan yang baru, Pemerintah sudah mengatur tanggungjawabnya untuk menyediakan pelayanan publik bagi masyarakat miskin. Pemerintah sebetulnya telah menyelenggarakan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin seperti Askeskin dan kemudian Jamkesmas sebagai upaya perbaikan dari Askeskin. Namun, permasalahan yang muncul dan dialami oleh masyarakat miskin tetap sama. Misalnya saja, ketersediaan pelayanan yang kurang bagi kelompok miskin, kurang informasi tentang Gakin dan Askeskin sampai dengan target Askeskin yang salah sasaran dan proses *klaim* pembayaran penggantian biaya Askeskin yang memakan waktu yang lama.

Dari paparan tentang pelaksanaan program jaminan kesehatan baik itu Askeskin maupun yang kemudian diubah menjadi Jamkesmas di atas terlihat jelas masih menyisakan berbagai persoalan mendasar yang terkait dengan sistem pendataan, kualitas pelayanan maupun yang terkait dengan ketersediaan fasilitas layanan kesehatan serta pembiayaan. Hal tersebut menjadi kendala tersendiri bagi upaya penyediaan layanan kesehatan yang mampu menjangkau seluruh lapisan masyarakat khususnya kelompok miskin.

Sebagai konsekuensinya, tahun ini peringkat Human Development Index (HDI) Indonesia justru merosot menjadi peringkat ke-111 dari sebelumnya diperingkat 107, meskipun Askeskin dan Jamkesmas telah diberlakukan. Penurunan kualitas ini sedikit banyak disumbang oleh masih tingginya AKI melahirkan yang mencapai kisaran 228 per 100.000 kelahiran hidup (2009) dari target MDGs 102 per 100.000 kelahiran hidup yang mesti dicapai pada tahun 2015<sup>24</sup>. Tingginya AKI ini menunjukkan masih kurang memadainya penyediaan layanan kesehatan reproduksi bagi ibu hamil atau belum optimalnya akses terhadap layanan kesehatan reproduksi perempuan, meliputi KB, kehamilan, persalinan maupun layanan kesehatan ibu dan balita.

Hasil temuan di tujuh wilayah penelitian WRI juga memperlihatkan kendatipun sebagian besar masyarakat telah memiliki fasilitas Askeskin atau SKTM, tidak dengan sendirinya memperoleh kemudahan akses fasilitas pelayanan kesehatan yang ada di daerahnya. Hal ini berkaitan antara lain dengan kondisi wilayah dan jalan yang jauh, serta kondisi permukaan tanah yang berbukit dan belum ada fasilitas jalan umum. Kondisi itu menjadi kendala tersendiri dalam upaya masyarakat untuk mengakses fasilitas kesehatan yang ada, karena mereka harus mengeluarkan biaya yang relatif mahal untuk transportasi yang juga tidak mudah ditemui.

---

<sup>24</sup> Data AKI yang dikeluarkan oleh lembaga PBB atau UNFPA justru memperlihatkan kenaikan angka yang cukup dramatis yakni 420 per 100.000 kelahiran hidup.

Apabila kita tengarai Undang-Undang Kesehatan No. 36/2009, maka sebenarnya dari sisi kebijakan Pemerintah telah mengatur pelayanan publik tentang kesehatan bagi masyarakat miskin. Dan, hal ini juga termasuk perempuan mengingat Undang-Undang Kesehatan ini didasarkan pada prinsip kesetaraan gender. Namun, apabila kita melihat paparan realita dari gambaran temuan penelitian WRI di tujuh wilayah penelitian, maka akan tampak masih cukup banyak permasalahan yang dihadapi. Dari ketersediaan layanan kesehatan, kualitas layanannya hingga sasaran penerima Askeskin atau Jamkesmas yang tidak tepat sampai dengan proses *klaim* penggantian biaya kesehatan yang membutuhkan waktu sampai dengan enam bulan. Hal ini kemudian mengakibatkan munculnya banyak masalah kesehatan, bahkan sampai meninggal karena tidak memperoleh akses yang baik pada fasilitas layanan kesehatan, termasuk untuk melahirkan. Sehingga, hal ini juga berkontribusi pada tingginya AKI di wilayah penelitian WRI.

Dengan demikian, tidaklah cukup bagi kita hanya berhenti pada cukup bersukacita karena sudah ada Undang-Undang Kesehatan yang menjamin pelayanan publik bagi kaum miskin termasuk perempuan. Karena, realita pelaksanaan pelayanannya masih jauh dari memuaskan dan menjawab kebutuhan masyarakat miskin, terutama perempuan. Pertanyaan yang sama terulang kembali, mampukah Undang-Undang Kesehatan yang baru menyelamatkan nyawa ibu ketika melahirkan? Dan, oleh karenanya menjamin target MDGs untuk AKI tercapai? Agaknya, bila sejak sekarang kita tidak melakukan upaya untuk mengawal benar implementasi pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin, terutama perempuan, maka Indonesia akan sulit mencapai target MDGs mengenai AKI pada tahun 2015.

Begitu pula yang berkaitan dengan pengaturan hak dan kesehatan reproduksi dalam Undang-Undang Kesehatan yang baru. Hak dan kesehatan reproduksi yang diatur dalam Undang-Undang Kesehatan No. 36/2009 hanya diperuntukkan bagi pasangan yang menikah secara sah. Adapun hak dan kesehatan reproduksi yang diatur adalah akses pada pelayanan kesehatan reproduksi seperti penggunaan alat kontrasepsi dan *pap-smear*. Tindakan aborsi diatur dengan merujuk lagi pada prasyarat harus menunjukkan indikasi medis bakal membahayakan kesehatan ibu dan janin, harus melalui pertimbangan atau proses konseling dari para ahli baik medis, agama dan kejiwaan serta atas izin suami.

Berdasarkan temuan penelitian WRI di tujuh wilayah penelitian jelas terlihat bahwa perempuan adalah sosok yang menanggung kemiskinan. Perempuan di wilayah pedesaan, sesungguhnya merupakan penggerak roda ekonomi pasar tradisional. Selain, merupakan sosok yang memikul berbagai beban nilai sosial dan budaya dan cenderung terbatas akses mereka ke dunia publik. Perempuan juga cenderung diposisikan lebih tidak bermakna jika dibanding dengan laki-laki.

Nilai sosial budaya tersebut telah membentuk cara pikir masyarakat dalam memaknai perempuan. Pemaknaan ini dalam prakteknya ikut memberi pengaruh terhadap pemaknaan arti kesehatan bagi perempuan. Kondisi ini memiliki kecenderungan yang merugikan kaum perempuan, terutama mengenai nilai kesehatan reproduksi mereka.

Situasi seperti ini, dikaitkan dengan pengaturan yang ada dalam Undang-Undang Kesehatan yang baru menunjukkan bahwa pemenuhan hak kesehatan reproduksi hanya diperuntukkan bagi perempuan yang sudah menikah dan memiliki pasangan yang sah saja. Ini berarti, akses dan pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan reproduksi tidak terbuka bagi semua perempuan di Indonesia. Bagi perempuan miskin, keterbatasan akses yang mereka alami akan semakin mempersempit kesempatan mereka mendapatkan fasilitas layanan yang dibutuhkan. Dengan kata lain, Undang-Undang Kesehatan belum tentu akan mampu untuk menyelamatkan nyawa ibu di Indonesia. Lebih lanjut lagi, hal ini akan dapat memberi dampak pada realisasi target MDGs.

Selama realita yang dihadapi oleh perempuan, terutama yang berasal dari kelompok masyarakat miskin, masih seperti yang tampak pada temuan WRI di tujuh wilayah penelitian. Misalnya, anggaran kesehatan ibu yang kurang dari 1%, jaminan kesehatan bagi keluarga miskin yang masih jauh dari pelayanan yang berkualitas dan masih sering salah sasaran dan akses pelayanan kesehatan reproduksi yang terbatas hanya bagi perempuan tertentu saja. Maka, dapat dikatakan bahwa target MDGs, dalam hal ini penurunan AKI di Indonesia, akan sulit dicapai.

Seyogyanya, upaya yang keras untuk meningkatkan akses pelayanan kesehatan perempuan secara terus menerus akan membantu Indonesia untuk mencapai target MDGs. Aktivitas untuk penyediaan pelayanan kesehatan bagi perempuan, terutama yang berasal dari kelompok masyarakat miskin, seperti membuat formulasi peraturan pelaksanaan dan pemantauan upaya-upaya pelayanan kesehatan perempuan akan menjamin berkurangnya AKI di Indonesia. Selain itu, alokasi anggaran yang memadai bagi pengadaan fasilitas kesehatan di daerah-daerah terpencil sangat penting. Bidan sebagai ujung tombak tenaga penolong bagi ibu-ibu yang memeriksakan kesehatan reproduksinya juga harus dilindungi baik keamanan, kelengkapan infrastruktur fasilitas kesehatan maupun kesejahteraannya, sehingga kebijakan dan alokasi anggaran yang memadai saling melengkapi untuk pencapaian target MDGs bagi penurunan angka kematian ibu ketika melahirkan.

## Daftar Pustaka

1. Badan Perencanaan Pembangunan Daerah Kabupaten Lebak, dan Badan Pusat Statistik Kabupaten Lebak. 2005. *Pemetaan Keluarga Miskin Kabupaten Lebak*, Lebak.
2. Badan Perencanaan Pembangunan Daerah Kabupaten Lebak, dan Badan Pusat Statistik Kabupaten Lebak. 2006. *Data Pokok Pembangunan Kabupaten Lebak Tahun 2005/2006*, Lebak.
3. Badan Perencanaan Pembangunan Daerah Kabupaten Lebak, dan Badan Pusat Statistik Kabupaten Lebak. 2006. *Indeks Pembangunan Manusia Kabupaten Lebak*, Lebak
4. Badan Pusat Statistik. 2006. *Profil Kesehatan Ibu dan Anak*. Indonesia, Jakarta
5. Badan Pusat Statistik Kabupaten Lampung Utara. 2003. *Sungkai Utara Dalam Angka 2003*, Lampung Utara.
6. Badan Pusat Statistik Kabupaten Lampung Utara. 2005. *Kota Bumi Dalam Angka 2005*. Lampung Utara.
7. Badan Pusat Statistik Kabupaten Lampung Utara. 2006. *Lampung Utara Dalam Angka 2006*, Lampung Utara.
8. Badan Pusat Statistik Kota Surakarta. 2004. *Kota Surakarta Dalam Angka 2004*, Surakarta
9. Badan Pusat Statistik Propinsi Lampung. 2007. *Lampung Dalam Angka 2007*, Lampung Utara
10. Bagian Hukum Sekretaris Daerah Kabupaten Indramayu. 2005. *Sosialisasi Peraturan Daerah Kabupaten Indramayu Tahun 2006, Perda Kabupaten Indramayu Nomor 14 Tahun 2005, tentang Pencegahan dan Pelarangan Trafiking untuk Eksploitasi Seksual Komersial Anak di Kabupaten Indramayu*
11. Bagian Kepegawaian Indramayu. 2006. *Laporan Kepegawaian*, Indramayu.
12. Bupati Lampung Utara. 1999. *Keputusan Bupati Lampung Utara Nomor 11 Tahun 1999*

- tentang Pendirian Puskesmas Unit Swadana, Lampung Utara.*
13. Bupati Lebak. 2007. *Peraturan Bupati Lebak Nomor 14 Tahun 2007 tentang Rencana Kerja Pemerintah Daerah Kabupaten Lebak Tahun Anggaran 2007*, Lebak.
  14. Departemen Kesehatan RI. 1990. *Pedoman Kerja Puskesmas Departemen Kesehatan RI*, Jakarta
  15. Departemen Kesehatan RI. 2001. *Yang Perlu Diketahui Petugas Kesehatan tentang Pelayanan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010*, Jakarta
  16. Departemen Kesehatan RI. 2002. *Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 900/Menkes/SK/VII/2002 tentang Registrasi dan Praktik Bidan*, Jakarta
  17. Departemen Kesehatan RI. 2003. *Standar Pelayanan Kebidanan*, Jakarta
  18. Departemen Kesehatan RI. 2004. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2004*, Jakarta.
  19. Departemen Kesehatan RI. 2007. *Pedoman Pelaksanaan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin (Askeskin) 2007*, Jakarta
  20. Departemen Kesehatan RI. 2008. *Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota. Keputusan Menteri Kesehatan RI, Nomor 828/Menkes/SK/IX/2008*, Jakarta: Penerbit Ombak.
  21. Dinas Kesehatan Kabupaten Indramayu. 2005. *Profil Kesehatan Kabupaten Indramayu Tahun 2005*, Indramayu
  22. Dinas Kesehatan Kabupaten Indramayu. 2006. *Profil Kesehatan Kabupaten Indramayu Tahun 2006*, Indramayu
  23. Dinas Kesehatan Kabupaten Indramayu. 2006. *Rencana Strategis ( Renstra) Dinas Kesehatan Tahun 2006-2011*, Indramayu
  24. Dinas Kesehatan Kabupaten Indramayu. 2008. *Petunjuk Tehnis Pengembangan Desa Siaga 2008*, Indramayu
  25. Dinas Kesehatan Kabupaten Lampung Utara. 2005. *Profil Kesehatan Kabupaten Lampung Utara Tahun 2005*, Lampung Utara
  26. Dinas Kesehatan Kabupaten Lampung Utara. 2006. *Profil Kesehatan Kabupaten Lampung Utara Tahun 2006*, Lampung Utara
  27. Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Tengah. 2005. *Profil Kesehatan 2005*, Lombok Tengah
  28. Dinas Kesehatan Kabupaten Sumba Barat. 2005. *Profil Kesehatan 2005*, Sumba Barat
  29. Dinas Kesehatan Kota Surakarta. 2006. *Buku Saku Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR) untuk Remaja Usia 14-19 Tahun*, Surakarta
  30. Dinas Kesehatan Kota Surakarta. 2007. *Profil Kesehatan Kota Surakarta Th. 2006*. Surakarta
  31. Hadikusuma, Hilman. 1990. *Hukum Perkawinan Adat*, Pt Citra Aditya Bakti. Bandung
  32. Kelompok Kerja Convention Watch Universitas Indonesia. 2006. *Implementasi Pasal 12 Undang-Undang Nomor 7 Tahun 1984 Pelayanan Kehamilan Persalinan dan Pasca Persalinan*, Yogyakarta: Surviva Paski



33. Kelurahan Gilingan. 2007. *Laporan Monografi Dinamis Kelurahan Gilingan Kecamatan Banjarsari periode Juli 2007*
34. Kelurahan Kestalan. 2006. *Laporan Monografi Statis Kelurahan Kestalan Kecamatan Banjarsari, periode semester II 2006*
35. Kelurahan Kestalan. 2007. *Laporan Monografi Dinamis Kelurahan Kestalan Kecamatan Banjarsari, periode Juni 2007*
36. Kelurahan Sangkrah. 2006. *Laporan Monografi Statis Kelurahan Sangkrah, Kecamatan Pasar Kliwon, periode semester II 2006*
37. Kelurahan Sangkrah. 2007. *Laporan Monografi Dinamis Kelurahan Sangkrah, Kecamatan Pasar Kliwon, periode Juni 2007*
38. Kelurahan Semanggi. 2006. *Laporan Monografi Statis Kelurahan Semanggi Kecamatan Pasar Kliwon, periode semester II 2006*
39. Kelurahan Semanggi. 2007. *Laporan Monografi Dinamis Kelurahan Semanggi, Kecamatan Pasar Kliwon, periode Juli 2007*
40. Maine D. 1999. What's So Special about Maternal Mortality?, in *Safe Motherhood Initiatives: Critical Issues*. Berer M et al (eds). Blackwell Science Limited: London.
41. Pemerintah Daerah Kabupaten Lampung Utara. 2002. *PERDA Nomor 5 Tahun 2002, Tanggal 26 September 2002 tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Unit Swadana, Lampung Utara*
42. Pemerintah Daerah Kabupaten Lampung Utara. 2002. *PERDA Nomor 8 Tahun 2002 Tanggal 14 Oktober 2002 tentang Retribusi Pelayanan Puskesmas, Lampung Utara*
43. Pemerintah Daerah Kabupaten Lampung Utara. 2006. *Potensi Desa Kabupaten Lampung Utara Tahun 2006, Lampung Utara*
44. Pemerintah Daerah Kabupaten Lampung Utara. 2007. *Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Kabupaten Lampung Utara Tahun Anggaran 2007, Lampung Utara*
45. Pemerintah Daerah Kabupaten Lebak. 2002. *Peraturan Daerah Kabupaten Lebak Nomor 6 Tahun 2002 tentang Pembentukan Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Adjidarmo*
46. Pemerintah Daerah Kabupaten Lebak. 2004. *Rencana Strategi Dinas Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial Kabupaten Lebak Tahun 2004-2009, Pemerintah Daerah Kabupaten Lebak*
47. Pemerintah Daerah Kabupaten Lebak. 2004. *Rencana Strategis Kabupaten Lebak Tahun 2004-2009*
48. Pemerintah Daerah Kabupaten Lebak. 2007. *Penjabaran Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) Kabupaten Lebak Tahun Anggaran 2007*
49. Pemerintah Daerah Kabupaten Lebak. 2007. *Prioritas dan Plafon Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Sementara (PPAS) Kabupaten Lebak Tahun Anggaran 2008*
50. Pemerintah Daerah Kabupaten Lombok Tengah. 2007. *Rencana Tahunan (2007) Pembangunan Kesehatan, Lombok Tengah*

51. Pemerintah Daerah Kabupaten Sumba Barat. 2006. *Rencana Tahunan (2006) Pembangunan Kesehatan*, Sumba Barat
52. Pemerintah Daerah Kota Surakarta. 1998. Perda No. 7 Th. 1998 tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan, Surakarta
53. Pemerintah Daerah Kota Surakarta. 2003. *Perda No. 4 Th. 2003 tentang Perubahan Pertama atas Perda Kotamadya Daerah Tingkat II Surakarta No. 7 Th. 1998 tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan*
54. Pemerintah Daerah Kota Surakarta. 2007. *Perda No. 4 Th. 2007 tentang Retribusi Perizinan Sarana dan Tenaga Bidang Kesehatan*, Kota Surakarta
55. Pemerintah Daerah Kota Surakarta. 2007. *Perda No. 3 Th. 2007 tentang Perizinan Sarana dan Tenaga Bidang Kesehatan*, Kota Surakarta.
56. Puskesmas Gilingan. 2007. *Perencanaan Umum Tingkat Puskesmas Tahun 2007*, Surakarta
57. Puskesmas Gilingan. 2009. *Perencanaan Terpadu Puskesmas Tahun 2009*, Surakarta
58. Puskesmas Rangkasbitung. 2007. *Profil Puskesmas Rangkasbitung Tahun 2007*
59. Puskesmas Sangkrah. 2007. *POA (Planning of Action) Tahun 2007*, Surakarta
60. Sciortino, Rosalia. 1999. *Menuju Kesehatan Madani*. Jogyakarta: Pustaka Pelajar
61. World Health Organization (WHO). 1999. *Care in Normal Birth: A Practical Guide. Report of a Technical Working Group*. WHO: Geneva.

# Glossarium

3T	: Terlambat mengetahui, Terlambat mengambil keputusan, dan Terlambat menerima pertolongan
<i>Acupressure</i>	: Akupunktur tanpa jarum atau pijat totok jari
AKI	: Angka Kematian Ibu
Akupuntur	: Berasal dari bahasa Latin yakni <i>acus</i> (jarum) dan <i>pungere</i> (tusuk). Akupuntur adalah sejenis pengobatan yang menggunakan teknik tusukan jarum-jarum halus pada titik tertentu badan yang lebih dikenal sebagai ‘acupunture point’
Alat Permainan BKB	: Alat Permainan Bina Keluarga Balita
Alkon	: Alat kontrasepsi
ANC	: <i>Antenatal Care</i> , Pelayanan ANC biasa dikenal dengan Kunjungan K4 yaitu Kunjungan pemeriksaan kehamilan, Pemeriksaan kehamilan meliputi pemeriksaan tinggi fundus dan tekanan darah, Penimbangan Berat Badan dan Tinggi Badan termasuk lingkaran Lengan Bagain Atas (LILA), Pemberian Tablet Besi, pemberian Imunisasi TT.
Animisme	: Kepercayaan terhadap roh
AKB	: Angka Kematian Bayi baru lahir
APBD	: Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah
APBN	: Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara
APN	: Asuhan Persalinan Normal
ASB	: Analisa Standar Belanja
ASKESKIN	: Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin
BDD	: Bidan Di Desa
BIDES	: Bidan Desa
BKB	: Bina Keluarga Balita

BKKBN	: Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional
BKL	: Bina Keluarga Lansia
BLT	: Bantuan Langsung Tunai
BOR	: <i>Bed Occupational Ratio</i> , adalah persentase tingkat penggunaan tempat tidur pada masa waktu tertentu, biasanya BOR dihitung setiap hari
BPS	: Badan Pusat Statistik
BTO	: Bed Turn Over, Indikator yang menunjukkan frekuensi penggunaan tempat tidur
Bumil	: Ibu Hamil
Buyung-buyung	: Sejenis tanaman perdu bunganya seperti lalat
DAK	: Dana Alokasi Khusus
DAU	: Dana Alokasi Umum
Dasulin	: Dana Sumbangan Ibu Bersalin
Daun dadap	: Sejenis pohon anggota suku Fabaceae (=Leguminosae), daun dadap yang muda dapat digunakan sebagai sayuran. Daun-daun ini berkhasiat memperbanyak susu ibu, membuat tidur lebih nyenyak, dan bersama dengan bunganya untuk melancarkan menstruasi. Cairan sari daun yang dicampur madu diminum untuk mengobati cacingan; sari daun dadap yang dicampur minyak jarak (kasteroli) digunakan untuk menyembuhkan disentri. Daun dadap yang dipanaskan digunakan sebagai tapal untuk meringankan rematik. Pepagan (kulit batang) dadap memiliki khasiat sebagai pencahar, peluruh kencing dan pengencer dahak.
Daun Opo-opo	: Sejenis daun yang sering digunakan sebagai pelengkap dalam upacara tujuh bulanan, sebagai alas duduk calon ibu yang sedang hamil tujuh bulan
Daun Sembung	: Bahasa Latinnya adalah <i>Blumea balsamifera</i> D. C., Daun pada tanaman ini mengandung minyak atsiri, antara lain sineol dan borneol, kapur barus atau kamper damar dan zat samak (tanin). Karena mengandung flavanol, ia juga berkhasiat antiradang. Sembung melancarkan peredaran darah, menghambat pertumbuhan kuman, mempermudah pengeluaran keringat dan air seni, mengencerkan dahak, menghangatkan. Bagian yang digunakan adalah daunnya (mengandung estrak borneol) dan akar yang masih segar atau yang dikeringkan. Rasanya pedas dan sedikit pahit, hangat dan harum. Tanaman ini berfungsi sebagai anti rematik, melancarkan sirkulasi, menghilangkan bekuan darah dan pembengkakan

Dinamisme	: Kepercayaan terhadap benda-benda yang dianggap ghaib
Dinkes	: Dinas Kesehatan
Gakin	: Keluarga Miskin
GDR	: <i>Gross Death Rate</i> , adalah angka kematian untuk tiap-tiap 100 penderita keluar
Gebyokan	: Sejenis jamu yang diminum untuk meningkatkan produksi ASI
GDI	: <i>Gender-related Development Index</i> , mengukur pencapaian dalam dimensi-dimensi yang sama dengan menggunakan indikator-indikator yang sama seperti HDI tapi menangkap ketidaksetaraan dalam pencapaian antara perempuan dan laki-laki. Semakin besar kesenjangan gender dalam pembangunan manusia dasar, semakin rendah GDI sebuah negara secara relatif terhadap HDI negara tersebut.
GEM	: <i>Gender Empowerment Measure</i> , ukuran pemberdayaan gender, ukuran yang digunakan untuk mengevaluasi kemajuan suatu bangsa dalam memajukan kaum perempuannya di bidang ekonomi dan politik, termasuk di bidang-bidang pengambilan keputusan politik
GSI	: Gerakan Sayang Ibu
HB Darah	: <i>Hemoglobin</i> darah, (kependekan: Hb) merupakan molekul protein di dalam sel darah merah yang bergabung dengan oksigen dan karbon dioksida untuk diangkut melalui sistem peredaran darah ke tisu-tisu dalam badan. Ion besi dalam bentuk $Fe^{+2}$ dalam hemoglobin memberikan warna merah pada darah.
HDI	: Human Development Index
HDR	: Human Development Report
HIV/AIDS	: Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immune Deficiency Syndrome
HPI	: Human Poverty Index
HSG	: Hysterosalpingogram (HSG) adalah tes sinar-X yang meneliti bagian dalam saluran tuba dan rahim dan daerah sekitarnya.
IBI	: Ikatan Bidan Indonesia
IKM (HPI)	: Indeks Kemiskinan Manusia atau Human Poverty Index
IMS	: Infeksi Menular Seksual
Imunisasi BCG	: <i>Bacillus Calmette-Guerin</i> . BCG adalah vaksin untuk mencegah penyakit TBC
Imunisasi DPT	: Difteri Pertusis Tetanus
IPM	: Indeks Pembangunan Manusia
ISR	: Infeksi Saluran Reproduksi
IUD/AKDR/SPIRAL	: Adalah alat kontrasepsi yang dimasukkan ke dalam rongga

rahim, terbuat dari plastik fleksibel, beberapa jenis IUD/Spiral dililit tembaga atau tembaga campur perak. IUD bertembaga dapat dipakai 4-10 tahun

Jamkesmas	: Jaminan Kesehatan Masyarakat
Jampi Puyang	: Sering dikenal dengan istilah Jamu cabe puyang adalah jamu yang berbahan dasar cabe Jawa dan puyang. Selain kedua bahan tersebut, terkadang jamu ini juga ditambahkan beberapa bahan lain. Bahan lain yang biasa ditambahkan antara lain temu ireng, temulawak, jahe, kudu, adas, pulosari, kunir, merica, kedawung, keningar, buah asam, dan kunci. Kemudian sebagai pemanis digunakan gula merah dicampur gula putih, kadangkala juga dicampurkan gula buatan serta dibubuhkan sedikit garam. Jamu cabe puyang juga dikenal luas sebagai jamu pegal linu.
JKM	: Jaminan Kesehatan Masyarakat
JKJ	: Jaminan Kesehatan Jembrana
KDRT	: Kekerasan Dalam Rumah Tangga
KB	: Keluarga Berencana
KDS	: Kelompok Dana Sehat
Kena atau Ketempelan	: Kondisi sakit yang diyakini (mitos) karena masuknya jin ke tubuh seseorang
Kesling	: Kesehatan Lingkungan
Kespro	: Kesehatan Reproduksi
KIA	: Kesehatan Ibu dan Anak
KIE	: Komunikasi, Informasi, dan Edukasi
Klitoris	: Organ seksual perempuan yang ditemukan di ujung sebelah atas antara kedua <i>labia minora</i> (bibir vagina dalam). Banyaknya ujung saraf dalam klitoris menyebabkannya menjadi sangat sensitif terhadap sentuhan atau tekanan langsung atau tidak langsung. Hal ini mirip dengan penis pada pria. Rangsangan pada daerah klitoris dapat menjadi nikmat, bahkan memberikan pemiliknya kenikmatan seksual merupakan satu-satunya fungsi organ ini yang diketahui, dan klitoris adalah satu-satunya organ manusia yang memiliki pemberi kenikmatan sebagai fungsi utama
KMS	: Kartu Menuju Sehat
KRR	: Kesehatan Reproduksi Remaja
KSK	: Kartu Susunan Keluarga
Lila	: Lingkar Lengan Atas
LOS	: <i>Length of Stay</i> , rata-rata lama rawatan, salah satu indikator pelayanan rawat inap rumah sakit

LPP	: Laju Pertambahan Penduduk
Majaan	: Gallae (bahasa Latin), tanaman ini dipercaya mampu membantu menyembuhkan keputihan, mengencangkan rahim, dan masalah organ reproduksi perempuan lainnya
Masyarakat Baduy	: Kelompok masyarakat adat Sunda di wilayah Kabupaten Lebak, Banten. Sebutan “Baduy” merupakan sebutan yang diberikan oleh penduduk luar kepada kelompok masyarakat tersebut, berawal dari sebutan para peneliti Belanda yang agaknya mempersamakan mereka dengan kelompok Arab Badawi yang merupakan masyarakat yang berpindah-pindah (nomaden). Kemungkinan lain adalah karena adanya Sungai Baduy dan Gunung Baduy yang ada di bagian utara dari wilayah tersebut
Mini Dopler	: Alat detektor detak jantung bayi
Musrenbang	: Musyawarah Perencanaan Pembangunan
Nakes	: Tenaga Kesehatan
NDR	: <i>Net Death Rate</i> , merupakan salah satu <i>key performance indicator</i> sebuah rumah sakit. Meningkatnya Nilai NDR pada sebuah rumah sakit merupakan sebuah indikasi telah terjadi penurunan kinerja yang berakibat menurunnya kualitas atau mutu pelayanan di rumah sakit tersebut
NHI	: National Health Insurance
ODHA	: Orang dengan HIV/AIDS
PAD	: Pendapatan Asli Daerah
PAUD	: Pendidikan Anak Usia Dini
PIN	: Pekan Imunisasi Nasional
PJTKI	: Perusahaan Jasa Tenaga Kerja Indonesia
PKK	: Pembinaan Kesejahteraan Keluarga
PKRE	: Paket Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial
PLKB	: Petugas Lapangan Keluarga Berencana
PLT	: Pelaksana Tugas
PMKK	: Pelatihan Manajemen Kinerja Klinik
PMS	: <i>Pre Menstrual Syndrome</i> , adalah sekumpulan gejala berupa gangguan fisik dan mental, dialami 7-10 hari menjelang menstruasi dan menghilang beberapa hari setelah menstruasi
PMT	: Pemberian Makanan Tambahan
PNC	: <i>Postnatal care</i> , Pelayanan ibu Nifas
PNS	: Pegawai Negeri Sipil
POD	: Pos Obat Desa
Polindes	: Pondok Bersalin Desa
PONED	: Pelayanan Obstetrik Neonatal Emergensi Dasar



POS UKK	: Pos Upaya Kesehatan Kerja
Poskesdes	: Pos Kesejahteraan Desa
Posyandu	: Pos Pelayanan Terpadu
Posyandu Usila	: Pos Pelayanan Terpadu Usia Lanjut
P2K	: Pencegahan dan Pengobatan Penyakit Kelamin
Promkes	: Promosi Kesehatan
PPK	: Pemberi Pelayanan Kesehatan
PPJK	: Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan
PRT	: Pekerja Rumah Tangga
PSK	: Pekerja Seks Komersial
PTT	: Pegawai Tidak Tetap
Puskesmas	: Pusat Kesehatan Masyarakat
Puskesmas DTP	: Puskesmas dengan Tempat Perawatan
Puskesmas PONED	: Puskesmas dengan Pelayanan Obstetrik Neonatal Emergensi Dasar
Pusling	: Puskesmas Keliling
Pustu	: Puskesmas Pembantu
RTM	: Rumah Tangga Miskin
SDKI	: Survei Dasar Kesehatan Indonesia
SDM	: Sumber Daya Manusia
SIMO	: Surat Ijin Menyimpan Obat
SJSN	: Sistem Jaminan Sosial Nasional
SKD	: Sub Kesehatan Desa
SKN	: Sistem Kesehatan Nasional
SKM	: Sarjana Kesehatan Masyarakat
SKPD	: Satuan Kerja Perangkat Desa
SKTM	: Surat Keterangan Miskin
SPK	: Sekolah Pendidikan Kebidanan
SPM	: Standar Pelayanan Minimal
Suntik TT	: Suntik Tetanus Toxoid
Suseda	: Survei Sosial Ekonomi Daerah
Surkesda	: Survei Kesehatan Daerah merupakan alternatif yang dapat dilaksanakan oleh daerah untuk meningkatkan dan mengisi kekurangan kebutuhan informasi kesehatan
Tabulin	: Tabungan Persalinan
Teter (nama daun)	: Sebangsa tembakau hutan, dengan nama Latin <i>Salanum verboscifolium</i>
TFR	: <i>Total Fertility Rate</i>
TKS	: Tenaga Kesehatan Sementara
TKW	: Tenaga Kerja Wanita

TOI	: <i>Turn of Interval</i> , menunjukkan rata-rata lamanya hari tempat tidur tidak ditempati
Trafficking	: Perdagangan manusia, tindakan perekrutan, pengangkutan, penampungan, pengiriman, pemindahan atau penerimaan seseorang dengan ancaman kekerasan, penggunaan kekerasan, penculikan, penyekapan, pemalsuan, penipuan, penyalahgunaan kekuasaan atau posisi rentan, penjeratan hutang atau memberi bayaran atau manfaat, sehingga memperoleh persetujuan dari orang yang memegang kendali atas orang lain tersebut, baik yang dilakukan di dalam negara maupun antar negara untuk tujuan eksploitasi atau mengakibatkan orang tereksplorasi
Tuan Guru	: Ulama ( istilah yang digunakan di daerah Nusa Tenggara Barat)
UKBM	: Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat
UKBM	: Upaya Kesehatan Bersumber Masyarakat
UKP	: Usia Kawin Pertama
UKM	: Usaha Kesehatan Masyarakat
UNDP	: United Nation Development Programme
Tubektomi	: Tubektomi, yaitu tindakan operasi berupa pemotongan dan atau pengikatan kedua saluran telur (tuba fallopii).
Vasektomi	: Vasektomi, yaitu saluran sperma ( <i>vas deferens</i> ) ditutup dengan menggunakan teknik pengikatan ataupun pemotongan. Dengan begitu, sel telur dan sel sperma tak dapat bertemu sehingga pembuahan atau kehamilan tak terjadi.
VCT	: <i>Voluntary Consuling and Testing</i> , pemeriksaan HIV/AIDS berupa pemeriksaan darah dan antibodi
WHO	: World Health Organization
WRI	: Women Research Institute
Yankes	: Pelayanan Kesehatan

## Tentang Penulis

### **Aris Arif Mundayat**



Aris Arif Mundayat adalah konsultan Women Research Institute (WRI) yang telah terlibat dengan berbagai penelitian di lembaga tersebut. Sejumlah penelitian yang telah diterbitkan oleh WRI meliputi “Penilaian Dampak Program Perempuan Kepala Keluarga (PEKKA) di Delapan Wilayah di Indonesia” (2008), “Akses dan Pemanfaatan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Reproduksi bagi Perempuan Miskin di Tujuh Wilayah di Indonesia” (2007), “Studi dampak Advokasi Anggaran yang Berkeadilan Gender” (2006), “Balada Buruh Perempuan di Industri” (2006).

Selain itu juga menjabat sebagai direktur Pusat Studi Sosial Asia Tenggara Universitas Gadjah Mada Yogyakarta, pengelola program S2 HAM dan Demokrasi di Asia Tenggara Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Gadjah Mada dan dosen senior di Jurusan Antropologi Fakultas Ilmu Budaya di Universitas Gadjah Mada Yogyakarta. Aris Arif Mundayat menyelesaikan gelar doktornya di Swinburne University of Technology, Australia. Sebagai ahli antropologi, Aris Arif Mundayat telah mempublikasikan berbagai isu mengenai perspektif antropologi politik, budaya dalam masyarakat Indonesia termasuk gender dan seksualitas, konsumerisme, Islam dan perubahan sosial, budaya politik, gerakan petani dan militarisme, HAM dan demokrasi.

## Edriana Noerdin



Aktif dalam gerakan perempuan sejak tahun 1986, dan tahun 2000 menyelesaikan studi S2 dalam women and development di Institute of Social Studies (ISS), Den Hague, The Netherland. Sejak tahun 2002, Edriana juga aktif menulis dan sebagai pembicara di berbagai kesempatan baik di forum nasional maupun Internasional. Edriana juga aktif sebagai konsultan gender di beberapa organisasi internasional maupun multilateral.

Berangkat dari pengamatan bahwa masih kurangnya data yang terpilah antara laki-laki dan perempuan atau data hasil penelitian yang berangkat dari pengalaman dan suara perempuan (berperspektif feminis), Edriana dan kawan-kawan mendirikan lembaga riset perempuan Women Research Institute (WRI) yang bercita-cita sebagai pusat pembelajaran dan penelitian berperspektif feminis. Edriana telah menerbitkan hasil penelitian studi S2-nya dalam bentuk buku yang berjudul “Politik Identitas Perempuan Aceh”. Kemudian bersama dengan rekan peneliti di WRI Edriana ikut serta menuliskan hasil penelitian WRI dalam bentuk buku antara lain berjudul: “Representasi Perempuan dalam Kebijakan Publik di Era Otonomi Daerah”, “Potret Kemiskinan Perempuan”, “Studi Dampak Advokasi Anggaran Berkeadilan Gender”, “Decentralization as a Narrative of Opportunity for Women in Indonesia” dan “Akses dan Pemanfaatan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Reproduksi Bagi Perempuan Miskin di Tujuh Wilayah di Indonesia”. Selain itu juga terlibat dalam penyusunan modul pelatihan berjudul “Analisa Gender dan Anggaran Berkeadilan Gender”.

## Erni Agustini



Ketertarikannya terhadap isu gender dimulai ketika dia bekerja sebagai pimpinan redaksi di *Ulul Albab* (1991-1995) sebuah bulletin yang khusus membahas isu perempuan dalam Islam. Pada tahun 2003, Erni menyelesaikan masternya di Kajian Wanita Universitas Indonesia (2003) dan menulis tesis tentang “Metode Reflexive Self sebagai Metodologi Feminis pada Kasus Kekerasan dalam Rumah Tangga”.

Erni bekerja sebagai peneliti di WRI sejak 2004, dan terlibat dalam proyek penelitian WRI, seperti: “Perempuan dan Politik dalam Era Otonomi Daerah di Indonesia, Kuota dan Desentralisasi” (2008), “Penilaian Dampak Program Perempuan Kepala Keluarga (PEKKA) di Delapan Wilayah di Indonesia” (2008), “Akses dan Pemanfaatan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Reproduksi bagi Perempuan Miskin di Tujuh Wilayah di Indonesia” (2007), “Studi Dampak Advokasi Anggaran yang Berkeadilan Gender” (2006), “Penelitian Buruh Perempuan di Industri” (2006), serta “Representasi Perempuan dalam Kebijakan Publik di Era Otonomi Daerah” (2004).

## Sita Aripurnami



Keterlibatan dalam gerakan perempuan, diawali 1984 dan bersama empat rekan perempuan Sita mendirikan organisasi perempuan Kalyanamitra pada 1985. Sita aktif menjadi pembicara dan berpartisipasi dalam berbagai forum baik di tingkat nasional maupun internasional. Sita melanjutkan studi S2-nya dalam bidang studi gender di London School for Economic & Political Science, Inggris.

Pada era reformasi, Sita serius menangani pendampingan korban kekerasan, diawali dengan korban kekerasan seksual tragedi Mei 1998. Sita kemudian mencoba pengalaman baru sebagai Program Manager “Indonesia Masa Depan”, sebuah inisiatif dari Komisi Nasional Hak Asasi Manusia, 1999-2000. Sejak 2001-2004, menjadi advisor program Kemitraan untuk Tata Pemerintahan yang Baik. Sita juga aktif sebagai fasilitator, konsultan dan evaluator untuk isu gender, terutama yang terkait dengan anggaran dan kebijakan.

Mulai 2002 hingga kini Sita aktif bersama Women Research Institute (WRI) yang ingin mengedepankan sebagai pusat pembelajaran dan penelitian berperspektif feminis guna melihat dampak desentralisasi terhadap kehidupan sehari-hari perempuan. Bersama rekan peneliti di WRI, Sita terlibat dalam penulisan hasil penelitian WRI yang diterbitkan dalam bentuk buku seperti “Representasi Perempuan dalam Kebijakan Publik di Era Otonomi Daerah”, “Potret Kemiskinan Perempuan”, “Decentralization as a Narrative of Opportunity for Women in Indonesia”, “Studi Dampak Advokasi Anggaran Berkeadilan Gender”, dan “Akses dan Pemanfaatan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Reproduksi Bagi Perempuan Miskin di Tujuh Wilayah di Indonesia.” Serta terlibat dalam penyusunan modul pelatihan berjudul “Analisa Gender dan Anggaran Berkeadilan Gender”.

## Sri Wahyuni



Sri Wahyuni merupakan lulusan Fakultas Ekonomi Universitas Mataram (Unram), Nusa Tenggara Barat. Yuni sudah bekerja di Women Research Institute (WRI) sebagai peneliti, sejak awal 2007.

Selama di WRI terlibat dalam penelitian: “Akses dan Pemanfaatan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Reproduksi Bagi Perempuan Miskin di Tujuh Wilayah di Indonesia yaitu Kabupaten Lampung Utara, Kabupaten Lebak, Kabupaten Indramayu, Kota Surakarta, Kabupaten Jember, Kabupaten Lombok Tengah dan Kabupaten Sumba Barat”, “Penilaian Dampak Program Perempuan Kepala Keluarga (PEKKA) di Delapan Wilayah, yaitu Pontianak, Brebes, Lombok Barat, Adonara, Aceh Timur, Cianjur, Buton, dan Halmahera”. Dan “Perempuan dan Politik dalam Era Otonomi Daerah di Indonesia, Kuota dan Desentralisasi di Minahasa Utara, Pontianak, Surakarta, Mataram, Banda Aceh dan Jakarta”.



Women Research Institute (WRI) adalah lembaga penelitian yang mengembangkan konsep tata pemerintahan yang adil gender. WRI menggunakan metode feminis dalam setiap penelitiannya. Fokus WRI untuk melihat dampak otonomi daerah terhadap partisipasi politik perempuan dalam politik lokal.



Buku ini merupakan hasil penelitian yang dilakukan di tujuh wilayah penelitian WRI, yaitu Kabupaten Lampung Utara, Kabupaten Lebak, Kabupaten Indramayu, Kota Surakarta, Kabupaten Jembrana, Kabupaten Lombok Tengah dan Kabupaten Sumba Barat

Fasilitas umum kesehatan masyarakat untuk melayani kesehatan reproduksi perempuan dalam banyak hal masih sangat terbatas.

Buku ini mengidentifikasi berbagai persoalan yang dihadapi perempuan miskin ketika mengakses dan memanfaatkan fasilitas kesehatan reproduksi. Hal ini terkait erat dengan fasilitas dan pelayanan kesehatan reproduksi itu sendiri, keluarga, dan masalah sosial budaya lainnya. Faktor yang juga berpengaruh dalam permasalahan akses serta fasilitas kesehatan reproduksi ini adalah kebijakan yang dikeluarkan oleh pemerintah di tujuh kabupaten serta anggaran yang disediakan.

Dari temuan yang dipaparkan dalam buku ini diharapkan dapat mencari upaya perbaikan atas fasilitas kesehatan reproduksi bagi masyarakat, terutama perempuan agar memiliki akses, pemanfaatan, dan kualitas pelayanan kesehatan reproduksi dengan baik.

ISBN 978-979-9305-8-3



9 789799 930583